

Actualización mundial sobre el sida 2022

© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2022

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons AttributionNonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Mención sugerida. EN PELIGRO : ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.

Actualización mundial sobre el sida **2022**

CONTENIDOS

PRÓLOGO	4
INTRODUCCIÓN	6
RESPUESTA ANTE LAS CRISIS COMUNIDADES EN EL CENTRO DE LA RESPUESTA AL VIH EN UCRANIA Y MÁS ALLÁ	22
I — AVANCES HACIA LOS OBJETIVOS DE 2025	26
II — UN NUEVO IMPULSO PARA LA PREVENCIÓN	90
AMPLIACIÓN GRADUAL DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN EN CAMBOYA	104
LUCHA CONTRA EL ESTIGMA QUE PADECEN LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN BRASIL	108
AMPLIAR LOS PROGRAMAS DE METADONA EN EL HOGAR EN VIETNAM	120
BOTSUANA LIDERÁ EL CAMINO PARA LA CERTIFICACIÓN DE PAÍS CON UNA ALTA CARGA DE VIH EN EL CAMINO PARA ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH	134
III — HACIENDO REALIDAD LOS DERECHOS	150
AVANCES EN LA DESPENALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL EN BÉLGICA Y VICTORIA, AUSTRALIA	156
AVANCES EN LA APROBACIÓN DE NUEVAS LEYES CONTRA LA DISCRIMINACIÓN EN EL LÍBANO	166
JAMAICA TOMA MEDIDAS PARA ABORDAR LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS BARRERAS AL VIH	168
IMPACTO DE COVID-19 EN LAS NIÑAS Y LAS MUJERES EN NIGERIA Y SUDÁFRICA	178
EDUCATION PLUS: TOMANDO IMPULSO	185
DERRIBAR BARRERAS A LOS SERVICIOS DE VIH Y SDSR PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN KENIA	188

IV — RESPUESTAS DIRIGIDAS POR LA COMUNIDAD	200
LOS JÓVENES LUCHAN POR ACABAR CON EL VIH DE UNA VEZ POR TODAS	208
LA PODEROSA VOZ DEL MONITOREO COMUNITARIO EN UGANDA	218
V — FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE Y EQUITATIVO DE LA RESPUESTA CONTRA EL VIH	230
ELIMINAR LOS DEDUCIBLES EN CAMERÚN	234
COVID-19 Y LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD AMENAZAN LA RESPUESTA AL SIDA EN ZAMBIA	250
VI — PERFILES REGIONALES	256
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL	258
ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL	270
ASIA Y EL PACÍFICO	282
AMÉRICA LATINA	296
CARIBE	308
MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE	320
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	332
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE	342
ANEXO SOBRE MÉTODOS	350

PRÓLOGO

En los últimos dos años, las crisis múltiples y simultáneas que han sacudido al mundo han tenido un impacto devastador en las personas que viven y están afectadas por el VIH, y han retrocedido la respuesta mundial a la pandemia del sida. Los nuevos datos revelados en este informe son alarmantes: el progreso ha sido oscilante, los recursos se han reducido y las desigualdades se han ampliado. La inversión y la acción insuficientes nos están poniendo a todos en peligro: nos enfrentamos a millones de muertes relacionadas con el sida y a millones de nuevas infecciones por VIH si continuamos en nuestra trayectoria actual.

Juntos, los líderes mundiales pueden acabar con el sida para el 2030, como se prometió, pero debemos ser honestos: esa promesa y la respuesta al sida están en peligro. El progreso oscilante significó que aproximadamente 1.5 millones de nuevas infecciones por VIH ocurrieron el año pasado, más de 1 millón más que los objetivos mundiales. En demasiados países y para demasiadas comunidades, ahora vemos un número creciente de nuevas infecciones por VIH cuando necesitábamos ver disminuciones rápidas. Podemos cambiar la situación, pero en esta emergencia, la única respuesta segura es ser audaz. Sólo podemos prevalecer juntos, en todo el mundo.

Las marcadas desigualdades, dentro y entre los países, están paralizando el progreso en la respuesta al VIH, y el VIH está ampliando aún más esas desigualdades.

Cada dos minutos en el 2021, una adolescente o mujer joven se infectó con el VIH. La pandemia de COVID-19 provocó interrupciones en los principales servicios para el tratamiento y prevención del VIH, millones de niñas fuera de las escuelas y aumentos en los embarazos adolescentes y la violencia de género.

La pandemia del sida cobró una vida cada minuto en el 2021, con 650 000 muertes relacionadas con el sida a pesar del tratamiento eficaz contra el VIH y las herramientas para prevenir, detectar y tratar las infecciones oportunistas. El número de personas que reciben tratamiento contra el VIH creció más lentamente en el 2021 que en más de una década: mientras que las tres cuartas partes de todas las personas que viven con VIH tienen acceso a tratamiento antirretroviral, aproximadamente 10 millones de personas no lo tienen. Sólo la mitad (52%) de los niños que viven con VIH tienen acceso a medicamentos que salvan vidas, y la desigualdad en la cobertura del tratamiento contra el VIH entre niños y adultos está aumentando en lugar de reducirse.

Sin embargo, en medio de la crisis, también vemos una fuerte resiliencia en una diversa gama de países, y en zonas dentro de muchos más países. Esto es especialmente cierto cuando el nivel requerido de financiación de los gobiernos nacionales, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) o el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) se combina con respuestas sólidas dirigidas por la comunidad y con ciencia de vanguardia. Estos ejemplos de respuesta eficaz a una pandemia han logrado avances notables en la reducción de nuevas infecciones por VIH y el aumento del acceso al tratamiento. Los mismos demuestran que se puede lograr y nos guían en lo que necesitamos hacer para escalar mundialmente.

Pero este informe también muestra demasiados casos en los que no estamos avanzando lo suficientemente rápido como para poner fin a las desigualdades que provocan las pandemias, o en los que estamos avanzando en la dirección equivocada: monopolios tecnológicos en lugar de compartir tecnología, austeridad en lugar de inversión, medidas drásticas contra las comunidades marginadas en lugar de derogar leyes obsoletas e inhibir el control en lugar de promover y permitir una entrega inclusiva y centrada en la comunidad.

Cuando el apoyo internacional ha sido más necesario, la solidaridad mundial se ha estancado. La asistencia para el desarrollo en el extranjero para el VIH de donantes bilaterales distintos de los Estados Unidos de América se ha desplomado en un 57% durante la última década. Los líderes no deben confundir la enorme luz roja de advertencia con una señal de alto.

Los datos revelados en este informe perturbarán y conmocionarán, pero el informe no es un consejo de desesperación. Es una llamada a la acción. El fracaso sería fatal, pero no es inevitable. Poner fin al sida costará mucho menos dinero que no ponerle fin al sida. Es importante destacar que las medidas necesarias para poner fin al sida también prepararán mejor al mundo para protegerse contra las amenazas de futuras pandemias.

Lo que tenemos que hacer no es un misterio. Lo sabemos por lo que hemos visto repetidamente triunfar en diferentes contextos: ciencia compartida, servicios sólidos y solidaridad social. Esta es la promesa hecha en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, celebrada en junio del año pasado: Poner fin a la pandemia del sida al ponerle fin a las desigualdades que la perpetúan.

Podemos acabar con el sida para el 2030. Pero la curva no se bajará sola. Tenemos que derribarla.



Winnie Byanyima
Directora Ejecutiva de ONUSIDA

INTRODUCCIÓN

La respuesta mundial al sida está amenazada.

En los últimos dos años y medio, el choque de las pandemias del sida y COVID-19, junto con las crisis económicas y humanitarias, han situado la respuesta mundial al VIH bajo una amenaza cada vez mayor. La COVID-19 y otras inestabilidades han interrumpido los servicios de salud en gran parte del mundo, y millones de estudiantes no han podido asistir a la escuela, aumentando su vulnerabilidad al VIH (1). Los países de ingresos bajos y medios se han visto desafinados a responder, ya que el 60% de los países más pobres del mundo están en crisis de deuda o corren un alto riesgo de contraerla, y se estima que entre 75 y 95 millones de personas han sido empujadas a la pobreza, un aumento sin precedentes (2, 3). Como resultado, la respuesta al sida se ha enfrentado a una fuerte presión, mientras que las comunidades que ya estaban en mayor riesgo de contraer el VIH se encuentran ahora aún más vulnerables.

En algunas partes del mundo y para algunas comunidades, la respuesta a la pandemia del sida ha mostrado una resiliencia notable en tiempos adversos, lo que ha ayudado a evitar peores resultados. No obstante, el progreso mundial contra el VIH se está desacelerando en lugar de acelerarse: los últimos datos recopilados por ONUSIDA muestran que, si bien las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron a nivel mundial el año pasado, la caída fue de sólo el 3.6% en comparación con el 2020, la reducción anual más pequeña desde el 2016. Como resultado, muchas regiones, países y comunidades tienen que abordar el aumento de las infecciones por el VIH junto con otras crisis en curso.

Europa del Este y Asia central, Medio Oriente y África del Norte y América Latina han experimentado aumentos en las infecciones anuales por el VIH durante la última década.

Europa del Este y Asia central, Medio Oriente y África del Norte y América Latina han experimentado aumentos en las infecciones anuales por el VIH durante la última década (Figura 0.1). En Asia y el Pacífico, la región más poblada del mundo, los datos de ONUSIDA muestran ahora que las nuevas infecciones por VIH están aumentando donde habían estado disminuyendo en los últimos 10 años. Filipinas y Malasia se encuentran entre los países con epidemias en aumento entre las poblaciones clave, particularmente en lugares específicos.¹ El aumento de las infecciones en estas regiones es alarmante.

¹ ONUSIDA considera a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, presos y a otras personas encarceladas como los cinco principales grupos de población clave que son particularmente vulnerables al VIH y a menudo carecen de un acceso adecuado a los servicios.

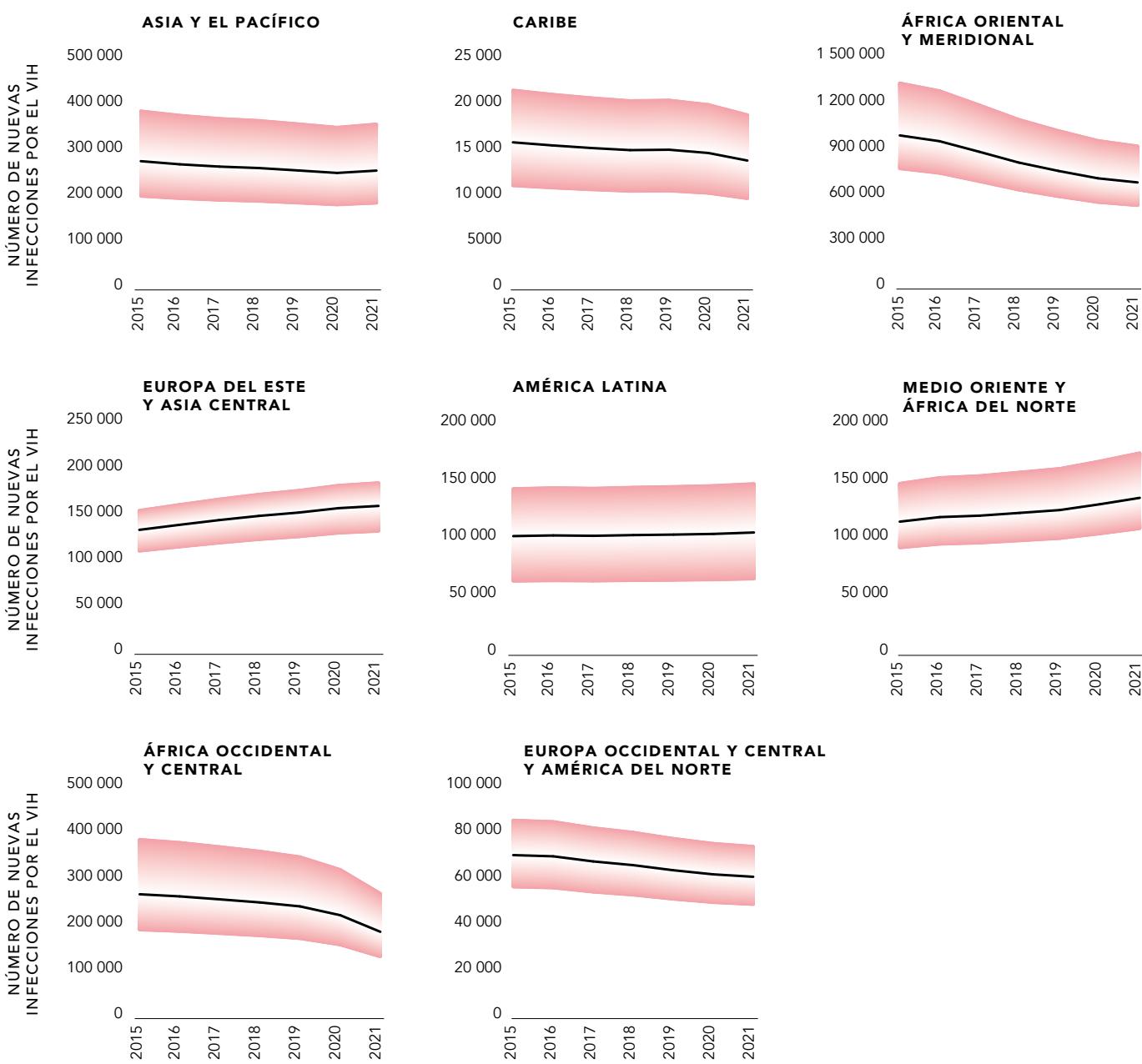
América Latina, una de las primeras historias de éxito en la implementación del tratamiento, ha perdido impulso, permitiendo el repunte de las epidemias entre los jóvenes homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y otras poblaciones clave. Gran parte de Europa del Este y Asia central no cuentan con los servicios de reducción de daños necesarios para cambiar el rumbo de las epidemias que afectan principalmente a las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales. En África oriental y meridional, la región con la prevalencia más alta de VIH, la respuesta al sida ha demostrado una resiliencia notable frente a la adversidad, ya que los programas de tratamiento y prevención del VIH se han adaptado a los esfuerzos de mitigación de COVID-19. Pero incluso allí, el progreso en la reducción de nuevas infecciones se ha desacelerado significativamente en lugar de acelerarse como se requiere para detener la pandemia. Mientras tanto, los datos de ONUSIDA muestran que los programas de VIH en esta región enfrentan obstáculos cada vez mayores a medida que el financiamiento nacional e internacional que ha permitido el progreso hasta la fecha está bajo amenaza.

Hay puntos positivos, entre ellos una fuerte disminución de las infecciones anuales por VIH en el Caribe y África occidental y central, este último impulsado en gran medida por las mejoras en Nigeria. Estas disminuciones en las infecciones representan un progreso acelerado. Sin embargo, en cifras mundiales, este avance se ve afectado por la falta de progreso en otras regiones: las infecciones por VIH han aumentado desde el 2015 en 38 países del mundo.²



© UNAIDS

² Los países que tienen estimaciones sólidas de aumento de nuevas infecciones por VIH desde 2015 son: Afganistán, Argelia, Belice, Brasil, Cabo Verde, Chile, Congo, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guinea Ecuatorial, Fiyi, Grecia, Guatemala, Guyana, Honduras, Irlanda, Jamaica, Kazajstán, Madagascar, Malasia, Mauritania, Omán, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Filipinas, Senegal, Serbia, Sudán del Sur, Sudán, Surinam, Timor-Leste, Túnez, Uruguay y Yemen.

FIGURA 0.1 Nuevas infecciones por VIH, por región, 2015–2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**4000****PERSONAS SE INFECTAN CON EL VIH, CADA DÍA**

Cada día, 4000 personas, entre ellas 1100 jóvenes (de 15 a 24 años), se infectan con el VIH. Si las tendencias actuales continúan, 1,2 millones de personas se infectarán con VIH en el 2025, tres veces más que el objetivo para el 2025 de 370,000 nuevas infecciones.

El impacto humano del estancamiento del progreso en materia del VIH es escalofriante. En el 2021, 650,000 [500,000–860,000] personas murieron por causas relacionadas con el sida, una por minuto. Con la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales de vanguardia y herramientas eficaces para prevenir, detectar y tratar adecuadamente las infecciones oportunistas como la meningitis criptocócica y la tuberculosis, estas muertes se pueden prevenir. Sin una acción acelerada para prevenir que las personas desarrollen una enfermedad avanzada por del VIH, las muertes relacionadas con el sida seguirán siendo una de las principales causas de muerte en muchos países. Además, el aumento continuo de nuevas infecciones por VIH en algunas regiones podría detener o incluso revertir el progreso logrado contra las muertes relacionadas con el sida.

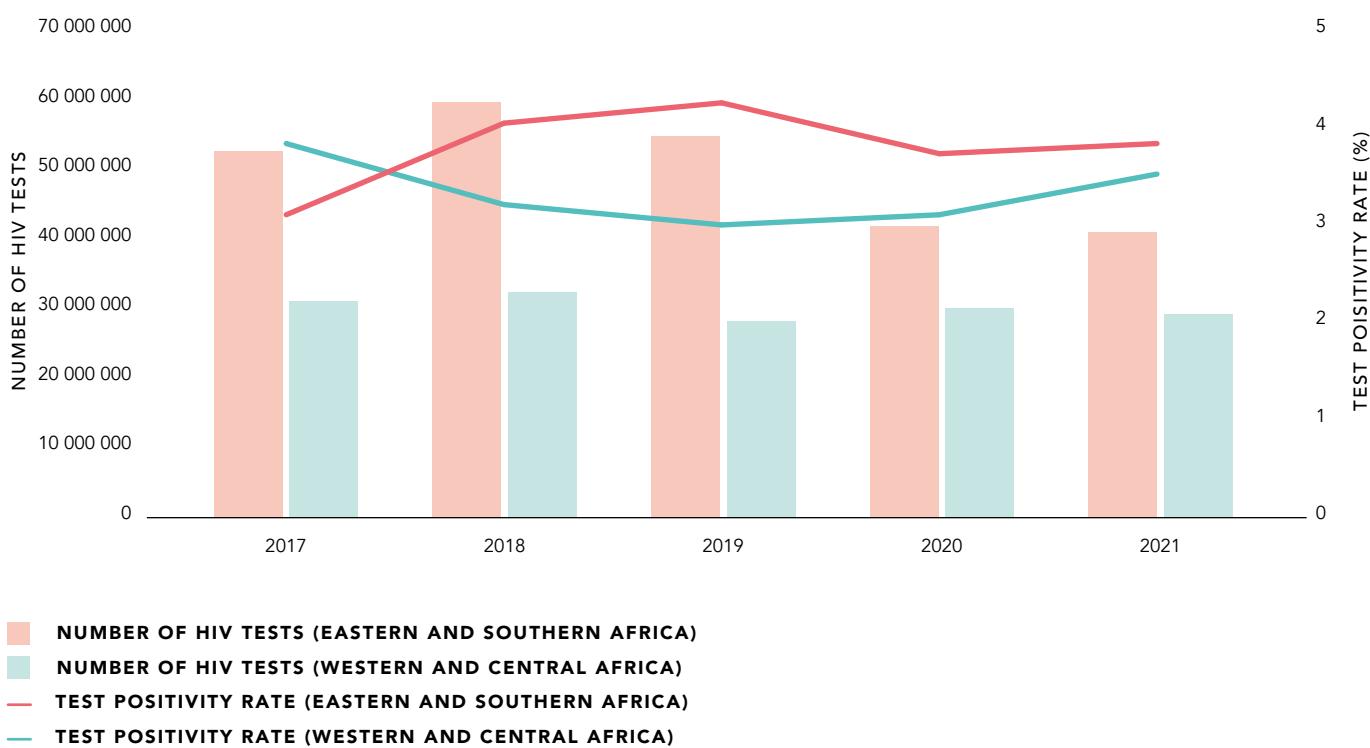
650 000

PERSONAS MURIERON POR CAUSAS RELACIONADAS CON EL SIDA EN EL 2021

Las tendencias en las infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida están impulsadas por la disponibilidad de servicios relacionados con el VIH. Igualmente, hay señales preocupantes a medida que se estanca la expansión de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH. El número de personas que recibieron tratamiento contra el VIH aumentó sólo en 1.47 millones en el 2021, en comparación con los aumentos netos de más de 2 millones de personas en años anteriores. Esto representa el aumento más pequeño desde el 2009 (Figura 0.2).

Se realizaron menos pruebas de VIH en África oriental y meridional en el 2020 y 2021 que en el 2019 (Figura 0.3). El número de hombres en el 2020 y 2021 que se sometieron a la circuncisión masculina voluntaria de carácter médico, una herramienta clave de prevención del VIH en los 15 países con alta prevalencia del VIH que albergan el 43% de las nuevas infecciones por VIH en adultos del mundo, fue dos tercios del número de circuncidados en el 2018 y 2019.³

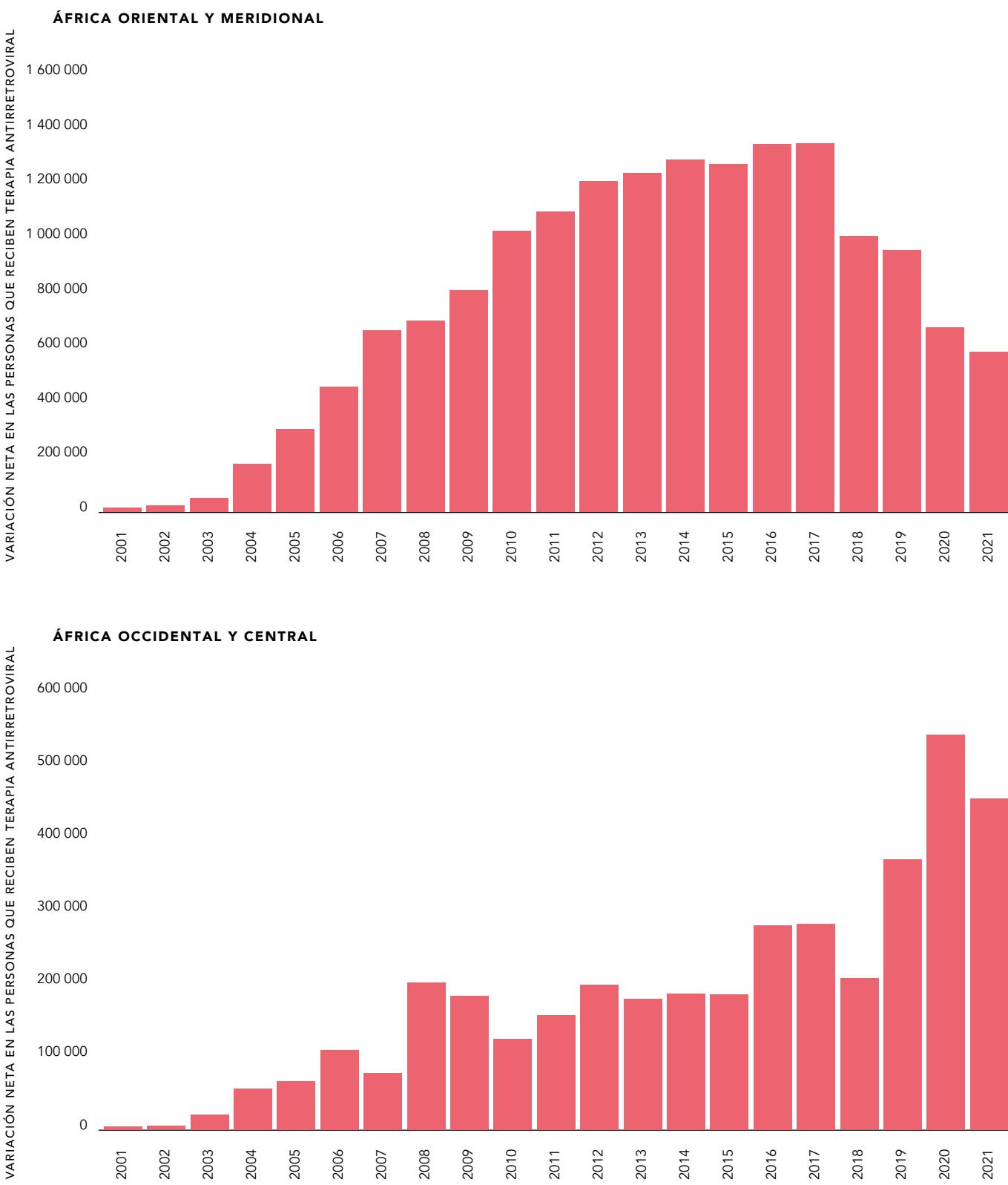
FIGURA 0.2 Número de pruebas de VIH y tasa de positividad por región, África subsahariana, 2017–2021



Fuente: Datos de rutina de los programas nacionales utilizados en las estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022

³ Los 15 países prioritarios para la circuncisión masculina voluntaria de carácter médico son: Botsuana, Suazilandia, Etiopía (sólo Estado de Gambela), Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

FIGURA 0.3 Variación neta en el número de personas que reciben terapia antirretroviral por regiones, África subsahariana, 2001–2021



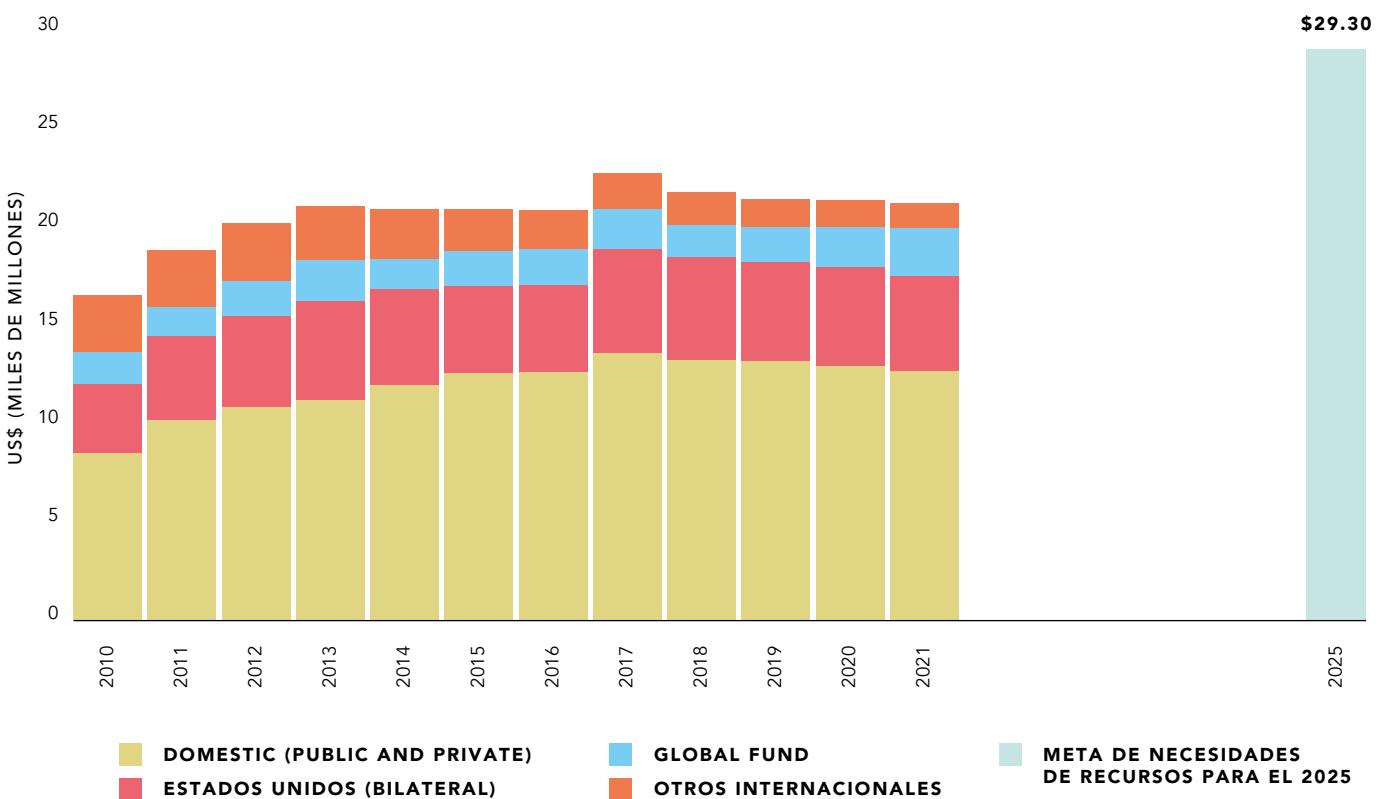
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

LAS AMENAZAS DE FINANCIAMIENTO PODRÍAN SOCABAR AÚN MÁS LA RESPUESTA EN UN CONTEXTO ECONÓMICO CADA VEZ MÁS TENSO

El progreso se está desacelerando a medida que disminuyen los recursos disponibles para el VIH en los países de ingresos bajos y medios (Figura 0.4), dejando sus respuestas contra el VIH por debajo de la cantidad necesaria de US\$ 8 mil millones de dólares para el 2025. Muchos donantes bilaterales importantes están reduciendo la asistencia internacional contra el sida; mientras tanto, los países de ingresos bajos y medios luchan contra las mayores cargas fiscales causadas por la pandemia de COVID-19. El COVID-19 y ahora la guerra en Ucrania están creando extraordinarios factores adversos.

Muchos donantes bilaterales importantes están reduciendo ayuda internacional para el sida.

FIGURA 0.4 Disponibilidad de recursos para el VIH en países de ingresos bajos y medios, objetivo para 2010–2021 y 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al Modelización del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 de poner fin al SIDA como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019. Los países incluidos son aquellos clasificados por el Banco Mundial en el 2020 como de ingresos bajos y medios.

52

SE PROYECTA QUE 52 PAÍSES
EXPERIMENTEN UNA
CAÍDA SIGNIFICATIVA EN
LA CAPACIDAD DE GASTO
PÚBLICO HASTA EL 2026

La asistencia oficial al desarrollo para el VIH por parte de donantes bilaterales distintos de los Estados Unidos de América se ha desplomado en un 57% durante la última década, lo que ha hecho que el reaprovisionamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) en el 2022 sea más crítica que nunca. En el 2021, los recursos internacionales disponibles para el VIH fueron un 6% inferiores a los de 2010.

Sin embargo, a diferencia de años anteriores, las inversiones nacionales en materia de VIH no están reemplazando la pérdida de financiamiento internacional. En cambio, el financiamiento interno en los países de ingresos bajos y medios ha caído durante dos años consecutivos, incluido un 2% en el 2021. Las condiciones económicas mundiales y las vulnerabilidades de los países en desarrollo, que se ven exacerbadas por las crecientes desigualdades en el acceso a las vacunas y el financiamiento de la salud, amenazan tanto la resiliencia continua de las respuestas al VIH como su capacidad para cerrar las desigualdades relacionadas con el VIH. El Banco Mundial proyecta que 52 países, hogar del 43% de las personas que viven con VIH, experimentarán una caída significativa en su capacidad de gasto público hasta el 2026 (4).

Los altos niveles de endeudamiento están socavando aún más la capacidad de los gobiernos para aumentar las inversiones en VIH. El servicio de la deuda de los países más pobres del mundo ha alcanzado el 171% de todo el gasto combinado en materia de salud, educación y protección social (5). Cada vez más, el pago de la deuda nacional está desplazando las inversiones de capital humano y de salud que son esenciales para acabar con el sida (ver artículo de Zambia). Los países de ingresos medios, que albergan al 71% de las personas que viven con VIH y al 71% de las personas recién infectadas con VIH, corren el peligro de ser declarados no elegibles para recibir subsidios de salud y VIH, ya que los países donantes redirigen sus recursos a las personas refugiadas ucranianas y a la reconstrucción en lugar de ampliar la asistencia internacional.

Se necesitan nuevas inversiones para acabar con el sida para el 2030.

Todo esto está ocurriendo en un momento en el que las personas están experimentando impactos económicos personales. Los bruscos aumentos en el precio del combustible y los alimentos han causado que 180 millones de personas en todo el mundo sufran de inseguridad alimentaria (6). Estas y otras desigualdades están aumentando la vulnerabilidad al VIH y reducen el acceso a los servicios. A medida que aumenta la inseguridad alimentaria en la República Centroafricana, por ejemplo, los nuevos datos muestran que las personas que viven con VIH y que están desnutridas son mucho más propensas a experimentar interrupciones en su tratamiento contra el VIH (7).

Hoy en día, se necesitan nuevas inversiones para acabar con el sida para el 2030. Cumplir las promesas hechas en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en el 2021 será notablemente menos costoso que invertir menos y arriesgarse a un mayor retroceso. Durante el último año, la indiferencia se ha convertido en abandono, y esta falta de solidaridad es moralmente incorrecta y perjudicial para todos los países. Si hay una lección que nos ha enseñado la pandemia de COVID-19, es que las pandemias no pueden terminar en ninguna parte hasta que terminen en todas partes.

LAS DESIGUALDADES SON UNA CONSECUENCIA Y UNA CAUSA DE LA LENTITUD DEL PROGRESO EN LA RESPUESTA AL SIDA

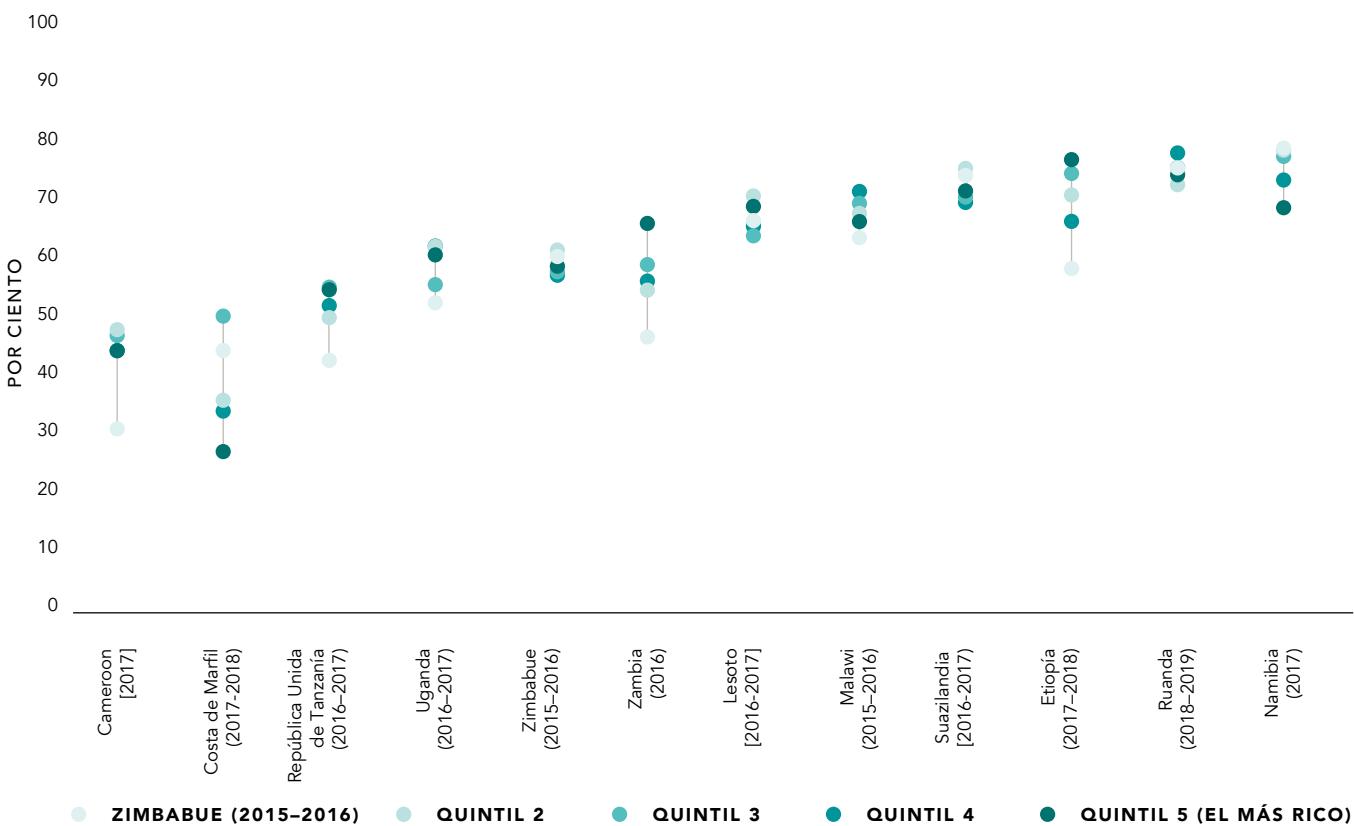
Las personas más vulnerables y marginadas son las más afectadas. En palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, António Guterres, una "tormenta perfecta" de crisis está ampliando las desigualdades mundiales (8).

En aproximadamente la mitad de los países con datos disponibles, las personas que viven con VIH en los hogares del quintil de ingreso más pobre tenían los niveles más bajos de supresión viral del VIH (Figura 0.5). En algunos países, como Camerún, Etiopía, la República Unida de Tanzania y Zambia, la brecha de supresión viral entre los quintiles más ricos y los más pobres es considerable. No obstante, esto no es inevitable: en países con programas de tratamiento bien financiados que se enfocan en las personas más vulnerables, como Suazilandia, Lesoto, Namibia y Zimbabue, el quintil más pobre de las personas que viven con VIH tiene niveles más altos de supresión viral.

Cumplir las promesas hechas en la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en el 2021 será notablemente menos costoso que invertir menos y arriesgarse a un mayor retroceso.

Las desigualdades socavan la respuesta al sida para todas las personas. Los países con las brechas más pequeñas de supresión viral entre los hogares ricos y pobres han logrado algunas de las disminuciones más sustanciales de nuevas infecciones por VIH en el mundo.



FIGURA 0.5 Supresión de la carga viral en todas las personas que viven con VIH, por quintil de ingreso, países seleccionados, 2015–2019

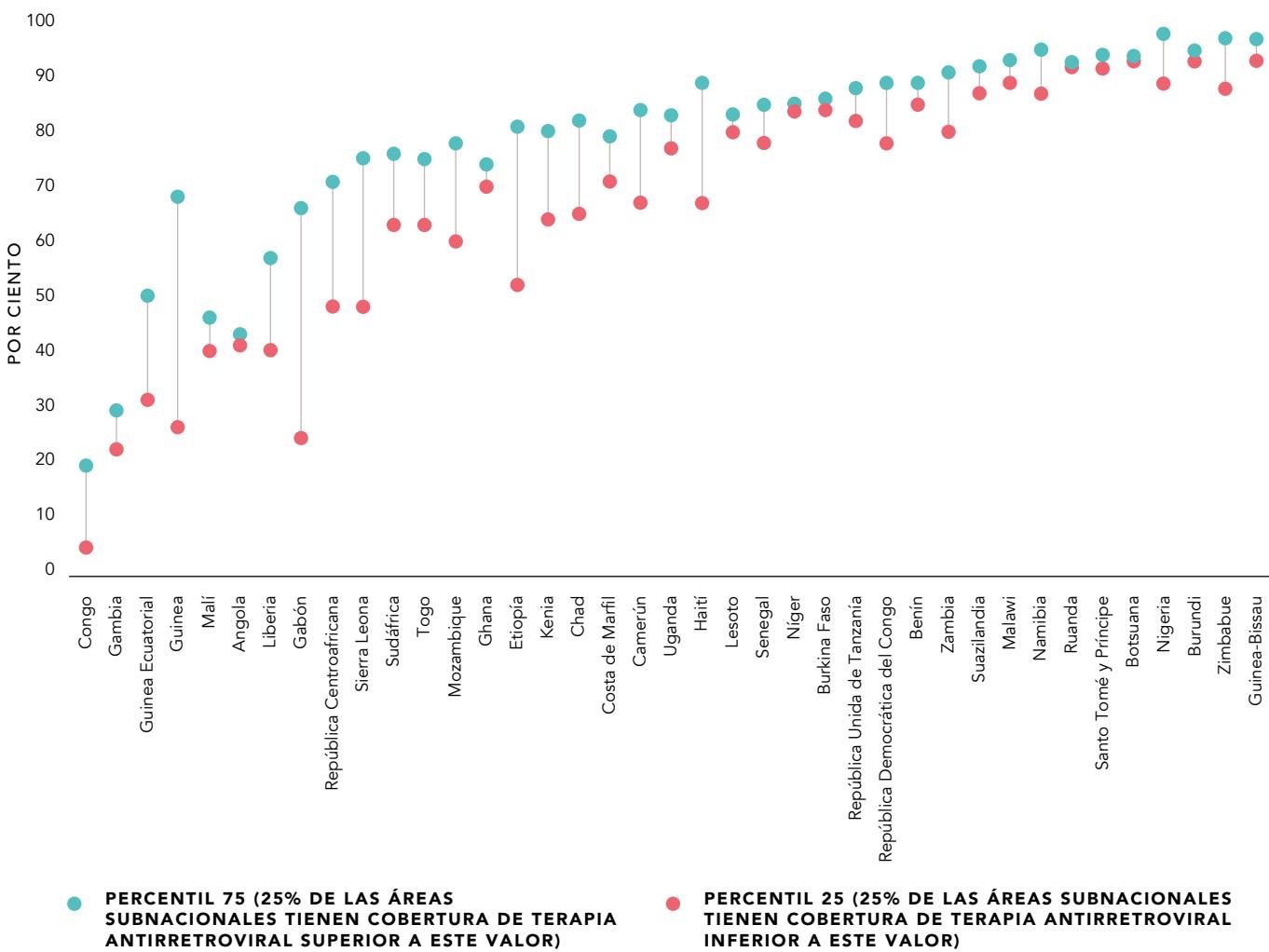
Fuente: Encuestas de Evaluación del Impacto del VIH (PHIA) basadas en la población, 2015–2019; Proyecto PHIA [base de datos]. Nueva York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Nota: Los datos del quintil 5 en Costa de Marfil se basan en 32 individuos.

Asimismo, a menudo hay diferencias sustanciales en el acceso al tratamiento contra el VIH entre distritos del mismo país, lo que sugiere que las personas que viven en algunas partes del país no se benefician por igual. Las razones de estas diferencias incluyen una división urbano-rural, así como divisiones políticas, económicas, culturales u otras divisiones (Figura 0.6). Si bien esas desigualdades son pronunciadas en países como República Centroafricana, Gabón, Guinea, Etiopía, Haití, Nigeria y Sierra Leona, algunos países que han reducido al mínimo las brechas en la cobertura entre distritos, como Lesoto, Malawi y Ruanda, también han logrado algunas de las mayores reducciones en las nuevas infecciones por VIH y en las muertes relacionadas con el sida.

A menudo hay diferencias sustanciales en el acceso al tratamiento contra el VIH entre los distritos de un mismo país, lo que sugiere que las personas que viven en algunas partes del país no se benefician por igual.

FIGURA 0.6 Desigualdades en la cobertura subnacional de terapia antirretroviral, países seleccionados con alta prevalencia del VIH, 2021



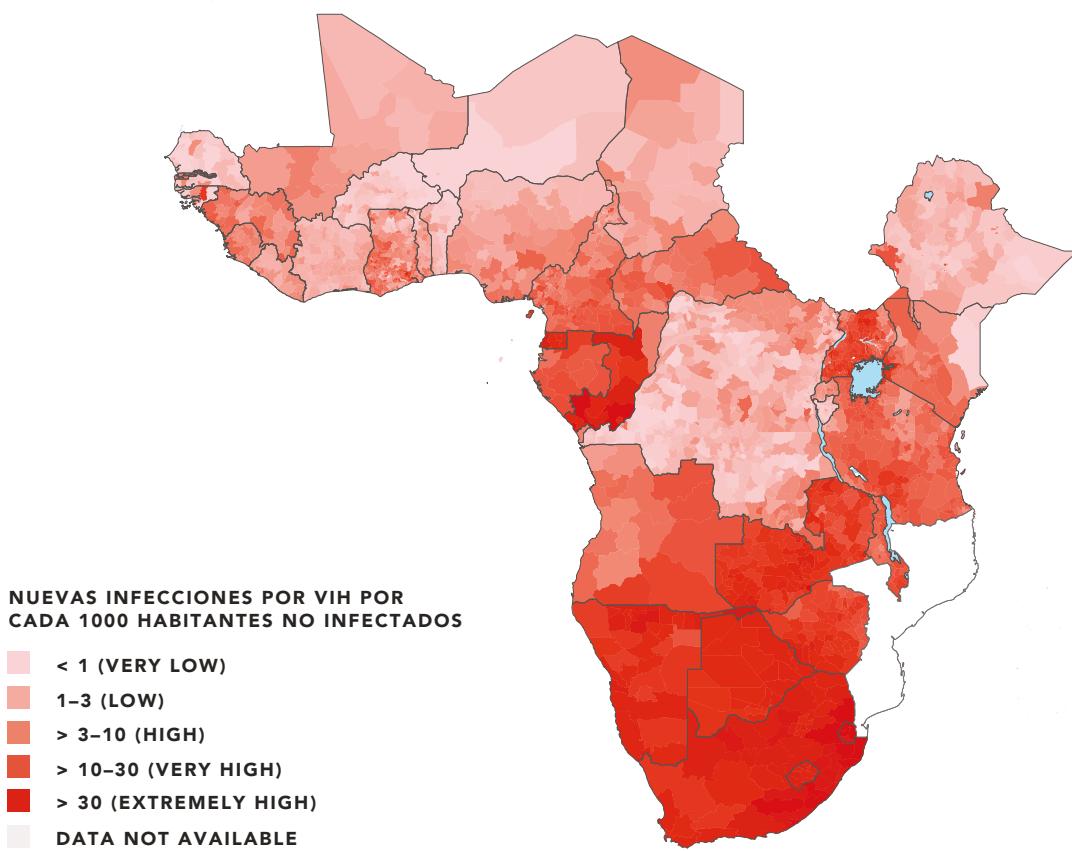
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022.

A medida que se expanden los programas de pruebas y tratamiento contra el VIH, los niños y niñas que viven con VIH a menudo se quedan atrás. En el 2021, unos 800,000 [640,000–990,000] niños y niñas que viven con VIH todavía no reciben tratamiento contra el VIH. Los niños y niñas constituyan el 4% de las personas que vivían con VIH en el 2021, pero el 15% de las muertes relacionadas con el sida, y la brecha en la cobertura del tratamiento del VIH entre niños y niñas y personas adultas está aumentando en lugar de reducirse (ver capítulo sobre los objetivos).

LAS MUJERES, LAS NIÑAS Y LAS POBLACIONES CLAVE ESTÁN EN MAYOR RIESGO

Las personas con menos poder social y menos protecciones bajo la ley a menudo corren un mayor riesgo de infección por el VIH. Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años)—una de las cuales se infecta con el VIH cada tres minutos—tienen tres veces más probabilidades de adquirir el VIH que los niños adolescentes y los hombres jóvenes del mismo grupo de edad en el África subsahariana (Figura 0.7). Las estimaciones mundiales basadas en datos de 2000–2018 también indican que más de una de cada 10 mujeres casadas o en pareja de entre 15 y 49 años han experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja en los últimos 12 meses. Igualmente, la epidemia de violencia doméstica contra las mujeres en todo el mundo se intensificó considerablemente durante la pandemia de COVID-19 (9).

FIGURA 0.7 Incidencia del VIH entre mujeres jóvenes (15–24 años) a nivel subnacional, África subsahariana, 2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022.

Nota: Análisis disponible para 37 países del África subsahariana con los datos necesarios a nivel subnacional. Los países del África subsahariana no incluidos son: Comoras, Yibuti, Eritrea, Madagascar, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Seychelles, Somalia, Sudán del Sur y Sudán.

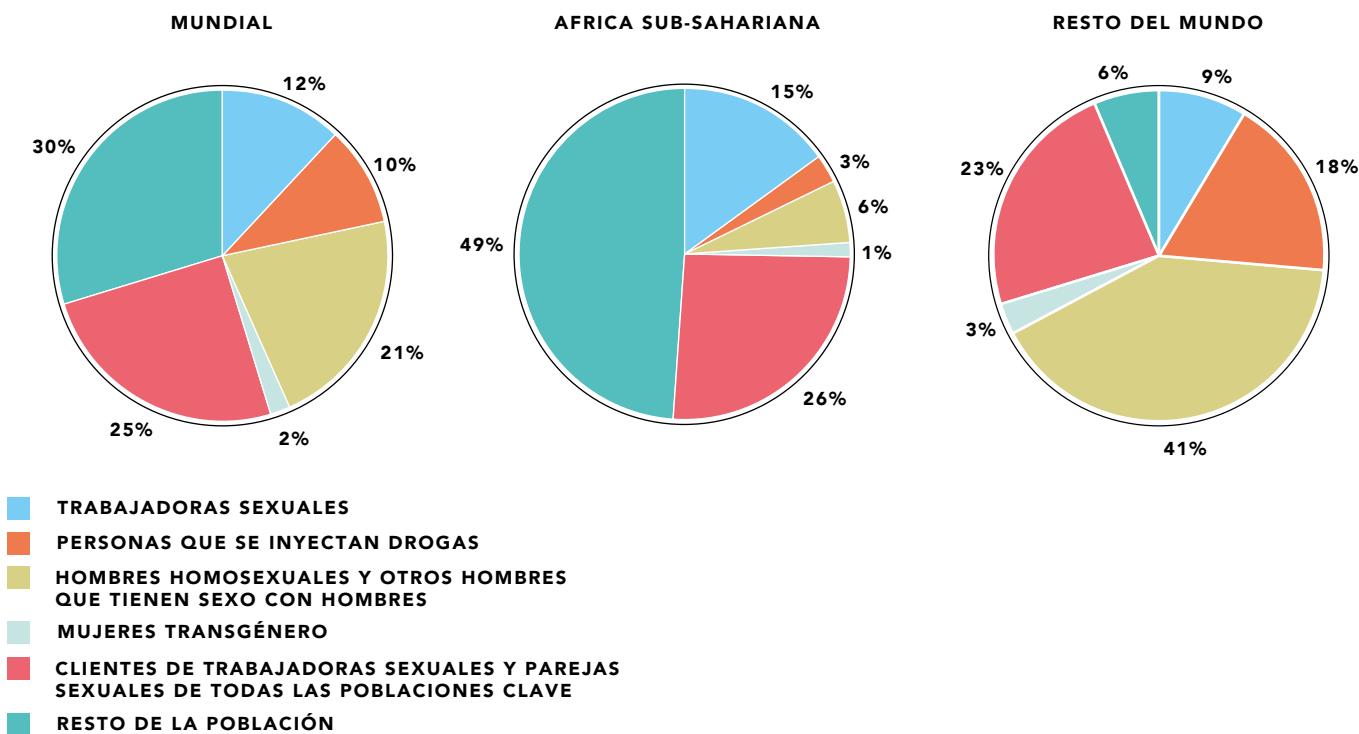
EL 70%

**DE LAS POBLACIONES CLAVE
REPRESENTAN MENOS DEL 5 % DE
LA POBLACIÓN MUNDIAL, PERO
ELLAS Y SUS PAREJAS SEXUALES
REPRESENTARON EL 70 % DE LAS
NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN
EL 2021**

Las poblaciones clave representan menos del 5% de la población mundial, pero ellas y sus parejas sexuales constituyeron el 70% de las nuevas infecciones por VIH en el 2021 (Figura 0.8). En todas las regiones del mundo, hay poblaciones clave que son particularmente vulnerables a la infección por el VIH (Figura 0.9).

Las minorías raciales y étnicas a menudo experimentan desigualdades sustanciales relacionadas con el VIH, como en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos, donde la disminución de los nuevos diagnósticos de VIH ha sido menor entre las personas negras que entre las poblaciones blancas (10, 11). En Australia, Canadá y los Estados Unidos, las tasas de adquisición del VIH son más altas en las comunidades indígenas que en las no indígenas (12, 13).

FIGURA 0.8 Distribución de la adquisición de nuevas infecciones por VIH, por población, mundial, África subsahariana y resto del mundo, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver anexo sobre métodos).

Nota: Debido a las variaciones en la disponibilidad de datos de un año a otro, no proporcionamos tendencias en esta distribución. Ver anexo sobre los métodos para una descripción del cálculo.

FIGURA 0.9 Riesgo relativo de adquisición del VIH, mundial, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver anexo sobre Métodos).

TENEMOS LOS MEDIOS PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES PERSISTENTES Y ENCAMINAR LA RESPUESTA CONTRA EL SIDA

Entre las tendencias más amplias y profundamente preocupantes de la respuesta mundial contra el sida, hay algunas buenas noticias que informar. Las respuestas nacionales que contaron con los recursos adecuados adoptaron políticas sólidas y lograron la disponibilidad a las tecnologías de prevención y tratamiento han demostrado una resiliencia e impacto notables. Países tan diversos como Italia, Lesoto, Vietnam y Zimbabwe redujeron las nuevas infecciones por VIH en más de un 45% entre el 2015 y 2021.

Países tan diversos como Italia, Lesoto, Vietnam y Zimbabwe redujeron las nuevas infecciones por VIH en más del 45 % entre el 2015 y 2021.

En medio de la pandemia de COVID-19, se lograron aumentos constantes en la ampliación de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) oral, especialmente en países como Kenia y Sudáfrica. Dado que la decisión de utilizar PrEP corresponde al individuo y no tiene que negociarse con su pareja, tiene un enorme potencial para ayudar a reducir las infecciones por VIH entre poblaciones clave de todo el mundo y entre las niñas y las mujeres del África subsahariana. Sin embargo, el acceso a la PrEP oral sigue concentrado en varios países de ingresos altos y cinco países en África subsahariana, como Kenia, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zambia. A medida que se expande la PrEP oral, hay más opciones disponibles para la prevención del VIH, como la PrEP de acción prolongada que se puede administrar mediante inyecciones o anillos vaginales. No obstante, el costo y la disponibilidad actualmente los mantienen fuera del alcance de la mayoría de las personas que necesitan estas nuevas herramientas.

La Estrategia mundial contra el sida 2021–2026 proporciona un plan claro, basado en la evidencia, para encaminar la respuesta contra el sida. Los gobiernos del mundo se han comprometido a tomar medidas concretas para traducir este plan en acciones. No se necesita una “bala de plata” milagrosa: utilizando las herramientas que ya tiene a su disposición, la comunidad mundial simplemente necesita traducir sus compromisos en resultados concretos para las personas.

La pandemia de COVID-19 y la guerra de Ucrania son desafíos generacionales, y sus impactos negativos son de largo alcance. Sin embargo, junto con lo malo, hay algo bueno: estas crisis también han demostrado la capacidad del mundo para movilizar recursos masivos y cambiar las políticas rápidamente ante adversidades extraordinarias. La innovación y el liderazgo impulsados por la experiencia de COVID-19 también destacan el papel fundamental que las comunidades pueden desempeñar en la preservación del acceso a los servicios y en llegar a las personas más vulnerables y marginadas.

CERRAR LAS BRECHAS EN LA RESPUESTA: ACCIONES CLAVE PARA ENCAMINAR LA RESPUESTA PONER FIN AL SIDA PARA EL AÑO 2030

- **Dar un nuevo impulso para la prevención del VIH.** Los países necesitan con urgencia elevar la prioridad política y financiera de la prevención del VIH y pasar de proyectos fragmentados a la implementación a gran escala (ver artículo de Camboya). Se necesita redoblar los esfuerzos para abordar las desigualdades en el acceso a la prevención del VIH y cerrar las brechas en la cascada de servicios con el fin de prevenir la transmisión materno infantil del VIH. A medida que se disponga de nuevas herramientas de prevención, como la PrEP inyectable de acción prolongada, se necesitarán esfuerzos enfocados para implementarlas de la forma más rápida y eficaz posible.
- **Hacer realidad los derechos humanos y la igualdad de género.** Las leyes y políticas punitivas y discriminatorias están socavando la respuesta al sida al alejar a las personas de los servicios y socavar los esfuerzos de salud pública para llegar a las personas que corren mayor riesgo de contraer una nueva infección o morir (ver artículo de Bélgica). La eliminación de estas leyes ayudará a que la respuesta al sida vuelva a encaminarse. Los derechos humanos de las mujeres y las niñas—incluidos sus derechos sexuales y de salud reproductiva—son fundamentales para una respuesta eficaz. Ponerlos en el centro de la respuesta al sida, junto con los esfuerzos con recursos suficientes para eliminar la violencia basada en el género, es crucial.
- **Apostrar y proporcionar recursos eficaces a las respuestas dirigidas por la comunidad.** Las respuestas lideradas por la comunidad están demostrando ser revolucionarias en la reducción de las desigualdades y el apoyo a respuestas eficaces y resilientes contra el VIH (ver artículo principal de Uganda). Llegan a las personas mal atendidas por los servicios generales y vigilan la calidad del servicio para que sus proveedores se responsabilicen del éxito. Para acelerar el progreso, será fundamental dotar de recursos a estos esfuerzos y eliminar las políticas que impiden la capacidad de las organizaciones dirigidas por la comunidad para proporcionar una gama completa de servicios.
- **Asegurar un financiamiento suficiente y sostenible.** Es esencial que los donantes internacionales y los gobiernos de los países de ingresos bajos y medios hagan importantes inversiones en materia de VIH. Se necesitan medidas internacionales para aliviar la crisis de la deuda que enfrentan muchos países de ingresos bajos y medios y para evitar políticas de austeridad contraproducentes. También se necesitan medidas para aumentar aún más el rendimiento de las inversiones en VIH, incluso mediante reducciones de precios, eficiencias de costos y mayores inversiones en la prevención del VIH. Deben eliminarse las barreras financieras para la utilización de los servicios (ver la historia de Camerún).
- **Abordar las desigualdades en el acceso y resultados de la prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH, y cerrar las brechas que existen en localidades específicas y para ciertos grupos.** En diversos entornos, los países y las comunidades están tomando medidas para poner fin a las desigualdades y cerrar las brechas (ver artículo de Kenia). Sobre la base de este impulso, las partes interesadas deben aprovechar mejores datos para enfocarse en las desigualdades que ralentizan el progreso.

PONER FIN AL SIDA REQUIERE VALENTÍA POLÍTICA

Se necesita un mayor coraje político para poner fin a las desigualdades relacionadas con el VIH y reactivar y fortalecer aún más la solidaridad mundial en torno a este objetivo. Hay un impulso sobre el que se puede construir. Las comunidades de personas que viven con el VIH y las poblaciones clave están generando el contexto que obliga a las autoridades políticas a tomar medidas audaces y valientes. Las nuevas herramientas, como los medicamentos antirretrovirales inyectables de acción prolongada, pueden tener efectos potencialmente transformadores, si se comparten ampliamente y se distribuyen equitativamente. Los métodos de datos innovadores han aumentado la capacidad de los países y las comunidades para enfocarse en las desigualdades que ralentizan el progreso para cerrar las brechas.

Las comunidades de personas que viven con el VIH y las poblaciones clave están generando el contexto que obliga a las autoridades políticas a tomar medidas audaces y valientes.

Sabemos lo que hay que hacer para poner fin al sida y tenemos las herramientas que necesitamos. Ahora nuestro desafío es reunir el coraje necesario para cerrar las brechas en la respuesta y poner fin a las desigualdades relacionadas con el VIH.



RESPUESTA ANTE LAS CRISIS: COMUNIDADES EN EL CENTRO DE LA RESPUESTA AL VIH EN UCRANIA Y MÁS ALLÁ

LAS CONSTANTES CRISIS MUNDIALES

Ucrania no está sola. Las emergencias en la República Bolivariana de Venezuela, Etiopía, Libia, Mozambique, Myanmar, la República Árabe Siria, la región africana del Sahel y muchas otras partes del mundo han interrumpido millones de vidas con efectos devastadores. Muchos países se enfrentan a emergencias recurrentes que van desde conflictos civiles, sequías y escasez de alimentos hasta inundaciones y desplazamientos masivos.

El progreso en la respuesta mundial al VIH requiere que los servicios de VIH permanezcan operativos en todos los entornos. Una de las recomendaciones clave de ONUSIDA es la participación de las comunidades en la preparación y puesta en marcha de las respuestas. Las respuestas deben estar contextualizadas según las necesidades locales y estructuradas para permitir que todos los miembros de la comunidad participen: inclusivas, basadas en los derechos, informadas sobre el género, participativas y colaborativas.

La guerra en Ucrania ha provocado el desplazamiento de más de 12 millones de personas y la búsqueda de refugio de millones de ucranianos en países vecinos, entre ellos la República Checa, Hungría, Polonia, la República de Moldova, Rumania y Eslovaquia.

Los bombardeos, los misiles y los ataques aéreos han destruido hasta 5000 edificios residenciales y más de 250 instituciones de atención de la salud. En la actualidad, 52 de los 403 sitios que normalmente distribuyen medicamentos antirretrovirales para el VIH que salvan vidas no funcionan y otros siguen dañados. La ayuda y el financiamiento internacional han traído un alivio importante junto con donantes clave, PEPFAR y el Fondo Mundial, que han intervenido para proporcionar medicamentos.

El Fondo de Emergencia de ONUSIDA desembolsó US\$ 250 000 para preservar servicios clave relacionados con el VIH en cuatro ciudades del país que han sido afectadas. ONUSIDA también reasignó fondos para ayudar a algunas de las personas más vulnerables a evacuar o encontrar refugio. Sin embargo, sigue siendo urgente financiar grupos de la sociedad civil sobrecargados en Ucrania y en los países vecinos que están ayudando a las personas desplazadas que viven con VIH y a las poblaciones clave.

La respuesta de emergencia al VIH no habría sido posible sin proveedores de base sobre el terreno. "La sociedad civil y las organizaciones comunitarias han estado durante mucho tiempo en el centro de la respuesta al VIH en Ucrania, y más aún desde que comenzó la guerra", dijo Raman Hailevich, director de país de ONUSIDA en Ucrania. "No sólo han estado en la primera línea de la prestación de servicios de VIH, sino que también han ayudado con el apoyo humanitario", explicó. "Las oficinas se han convertido en centros humanitarios que funcionan las 24 horas del día, los 7 días de la semana".

Antes de la guerra, Ucrania tenía una de las respuestas nacionales al sida más destacadas de la región, con una disminución del 47% en las nuevas infecciones por VIH entre el 2010 y 2021, programas eficaces de reducción de daños distribuidos en todo el país y programas emergentes que abordan las necesidades de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transexuales. Para muchos, la asociación de una década del gobierno con los servicios dirigidos por la comunidad ha demostrado ser la diferencia entre la vida y la muerte. Las redes, las asociaciones y la experiencia que se han construido han significado que, incluso durante esta crisis, la respuesta al VIH no se ha derrumbado y, en cambio, se ha mantenido resiliente. Pero la guerra ha pasado factura.



Proyecto móvil de investigación de casos de VIH en Ucrania, mayo de 2022.

"El trabajo es peligroso y los voluntarios están poniendo sus vidas en riesgo", explicó Dmytro Sherembey, Jefe del Consejo de Coordinación de Vida 100%. Después de cuatro meses de conflicto, se siente abrumado. "Si no recibimos más ayuda, no estoy seguro de cuánto tiempo más podamos continuar, especialmente llegando a las personas en las zonas de primera línea", añadió.

Es urgente aumentar el apoyo internacional a las respuestas humanitarias dirigidas por la sociedad civil.

REFERENCIAS

1. COVID:19 Scale of education loss 'nearly insurmountable', warns UNICEF. In: UNICEF.org [Internet]. 23 January 2022. New York: UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>).
2. World economic outlook: war sets back the global recovery. April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; 2022 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>).
3. Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty. In: World Bank Blogs [Internet]. 13 April 2022. Washington (DC): World Bank; c2022 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>).
4. Global economic prospects. June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://reliefweb.int/report/world/global-economic-prospects-june-2022>).
5. World investment report 2022. Geneva: UNCTAD; 2022 (<https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022>).
6. United Nations Global Crisis Response Group. Global impact of the war in Ukraine on food, energy and finance systems: the world is facing a global cost of living crisis. World Business Council for Sustainable Development; June 2022 (<https://www.wbcsd.org/download/file/14437>).
7. Inkoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue durant la prise en charge du VIH/Sida: étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC (adulte et enfant) et PTPE dans la République Centrafricaine; Phase II: étude quantitatif. Croix Rouge Française, Ministère de la Santé et la Population de la République Centrafricaine et le Fonds Mondial; 2022.
8. McVeigh K. 'Perfect storm' of crises is widening global inequality, says UN chief. In: The Guardian. 2 July 2022. Guardian News & Media Limited; c2022.
9. The shadow epidemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women.org [Internet]. UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>).
10. Martin V, Shah A, Mackay N, Lester J, Newbigging-Lister A, Connor N et al. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report. London: UK Health Security Agency; 2021.
11. HIV in the United States and dependent areas. In: CDC.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 August 2021] (<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>).
12. Ward J, Gilles M, Russel D. HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people. In: HIV Management in Australasia [Internet]. Last reviewed 9 June 2021. ASHM; c2019 (<https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/>).
13. The epidemiology of HIV in Canada. Toronto: Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); 2021 (<https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf>).

AVANCES HACIA LOS OBJETIVOS DE 2025

La nueva Declaración Política sobre el VIH y el sida: Poner fin a las desigualdades y encaminarse hacia la erradicación del sida para el 2030, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) el 9 de junio de 2021, compromete a los jefes de Estado y de gobierno a un nuevo conjunto de metas ambiciosas y alcanzables para el 2025. Estos objetivos refuerzan los objetivos basados en evidencia de la Estrategia mundial contra el sida 2021–2026: Poner fin a las desigualdades, Poner fin al sida, que fue adoptada por la Junta Coordinadora del Programa ONUSIDA en marzo de 2021.

Los nuevos objetivos exigen más que un progreso general: requieren que el 95% de las personas en riesgo de contraer el VIH utilicen la prevención combinada, y las nuevas metas de pruebas y tratamiento 95–95–95 deben lograrse en todas las subpoblaciones, grupos de edad y entornos geográficos, incluyendo los niños que viven con VIH (Figura 1.1). El logro de estos objetivos para finales del 2025 reducirá las desigualdades relacionadas con el VIH, reducirá significativamente las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida, y pondrá en marcha la respuesta mundial contra el VIH para poner fin al sida como amenaza para la salud pública para el 2030.

Los datos más recientes de los países indican que se han logrado importantes avances en la reducción de las muertes relacionadas con el sida, y que algunos países han logrado avances en la eliminación de las leyes y políticas punitivas que bloquean las respuestas eficaces contra el VIH. No obstante, el progreso para ponerle fin a la pandemia del sida se está desacelerando en lugar de acelerarse.

El progreso para ponerle fin a la pandemia del sida se está desacelerando en lugar de acelerarse.

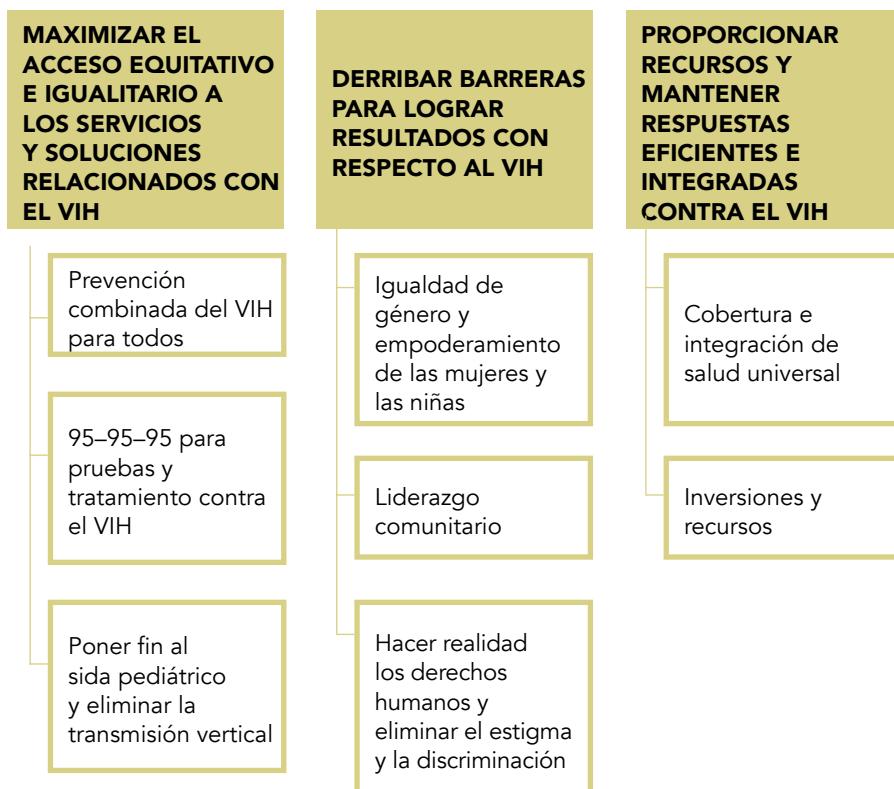
El mundo no está en camino de alcanzar la mayoría de los objetivos para el 2025. Los esfuerzos para prevenir las infecciones por VIH están particularmente rezagados en la mayoría de los países fuera del África subsahariana, con intervenciones de prevención combinadas que no alcanzan la escala o intensidad suficientes. La respuesta al VIH sigue fallando en las poblaciones clave y a las personas más vulnerables, y el progreso en los facilitadores sociales sigue siendo inadecuado. La respuesta al VIH necesita redoblar urgentemente los esfuerzos para abordar las desigualdades y las brechas persistentes en todos los entornos.

FIGURA 1.1 Compromisos clave y objetivos para el 2025 en el marco de la Declaración Política sobre el sida

Poner fin a todas las desigualdades que enfrentan las personas que viven, corren riesgo y están afectadas por el VIH, y las comunidades, y a las desigualdades dentro de los países y entre ellos, que constituyen barreras para acabar con el sida.

Reconocer que las poblaciones clave son grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestas al VIH o a vivir con VIH. Entre las poblaciones clave con mayor riesgo de infección por VIH se encuentran los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas, las trabajadoras sexuales y sus clientes, y las personas en prisiones y otros entornos cerrados.

Expresar preocupación que en el África subsahariana las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes corren un riesgo elevado de infección por VIH y las causas relacionadas con el sida son una de las principales causas de muerte entre las niñas adolescentes y las mujeres de 15 a 49 años de edad.



Fuente: Poner fin a las desigualdades y poner fin al sida para el 2030: un resumen de los compromisos y objetivos de la Declaración Política sobre el VIH y el sida de 2021 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra: ONUSIDA; 2022.

PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH PARA TODOS

FIGURA 1.2 Análisis de los objetivos de prevención combinada

REDUCIR LAS NUEVAS INFECCIONES POR VIH A MENOS DE 370 000 PARA EL 2025	
Incluir nuevas infecciones por VIH entre las niñas adolescentes y mujeres jóvenes menores de 5 años	
Objetivos de análisis, tratamiento y supresión viral de 95–95–95 en todos los grupos demográficos y entornos geográficos	El 95% de las personas en riesgo de infección por VIH, dentro de todos los grupos, grupos de edad y entornos geográficos epidemiológicamente relevantes, tienen acceso y utilizan opciones de prevención combinada apropiadas, priorizadas, centradas en la persona y efectivas. Incluir al 95% de las personas en entornos humanitarios en riesgo de contraer VIH
Todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH están recibiendo terapia antirretroviral de por vida, con un 95% logrando y manteniendo la supresión viral antes del parto y durante la lactancia	PrEP disponible para (10 millones) de personas con riesgo sustancial de VIH
El 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tienen satisfechas sus necesidades de servicios de atención de salud sexual y reproductiva y del VIH, incluida la atención prenatal y materna, la información y el asesoramiento	PEP disponible para todas las personas recientemente expuestas al VIH
Todas las mujeres embarazadas y lactantes VIH negativas en entornos con una elevada carga de infección por VIH o que tienen parejas masculinas con alto riesgo de contraer VIH en todos los entornos tienen acceso a la prevención combinada, incluida la PrEP, y el 90% de sus parejas masculinas que viven con VIH reciben continuamente terapia antirretroviral	El 90% de los niños adolescentes y hombres de 15 países prioritarios han sido sometidos a circuncisión masculina médica voluntaria
10–10–10 objetivos de los facilitadores sociales	Uso consistente de condones/lubricantes en las últimas relaciones sexuales por personas que no toman PrEP y que tienen una pareja no regular cuyo estado de carga viral del VIH no es conocido por ser indetectable (incluye personas que se sabe que son VIH negativas). <ul style="list-style-type: none"> ■ >95% para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, personas transgénero y personas en parejas serodiscordantes. ■ >90% de uso de condones/lubricantes entre trabajadoras sexuales y personas privadas de libertad y otros entornos cerrados (con un cliente o pareja no regular). ■ >95% entre los que se considera que tienen un riesgo muy alto de infección (comportamiento informado de alto riesgo y/o que viven en un área con alta incidencia de VIH). ■ >70% entre los que se considera que tienen un riesgo moderado de infección (comportamiento informado de bajo riesgo o que viven en un área con una incidencia moderadamente alta del VIH). ■ >50% entre los que se considera que tienen bajo riesgo de infección (comportamiento informado de bajo riesgo o que viven en un área con baja incidencia de VIH).
OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN EN OTRAS SECCIONES DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021	
Los programas de prevención combinada son programas basados en los derechos, informados por la evidencia y propiedad de la comunidad que utilizan una combinación de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales priorizadas para satisfacer las necesidades actuales de prevención del VIH de individuos y comunidades particulares para tener el mayor impacto sostenido para reducir las nuevas infecciones.	El 90% de los adolescentes y jóvenes reciben educación integral en sexualidad en las escuelas, de acuerdo con la orientación técnica internacional de la ONU
ACCESO AL SERVICIO DE SALUD Y TRATAMIENTO	
El 80% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero tienen acceso a exámenes de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual	El 80% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas transgénero tienen acceso a exámenes de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
Acceso regular a un sistema de salud apropiado o servicios dirigidos por la comunidad	Acceso regular a un sistema de salud apropiado o servicios dirigidos por la comunidad <ul style="list-style-type: none"> ■ 100% para personas privadas de libertad y otros entornos cerrados. ■ >90% para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas y personas transgénero.
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y TRATAMIENTO	
90% de uso de jeringas y agujas estériles durante la última inyección entre personas que se inyectan drogas y presos y otros en entornos cerrados	90% de uso de jeringas y agujas estériles durante la última inyección entre personas que se inyectan drogas y presos y otros en entornos cerrados
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y TRATAMIENTO	
50% de cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos entre las personas dependientes de opiáceos	50% de cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos entre las personas dependientes de opiáceos
OBJETIVOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021 Y LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA	

- █ **OBJETIVOS DENTRO DE LA DECLARACIÓN POLÍTICA**
- █ **OBJETIVOS DENTRO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA**

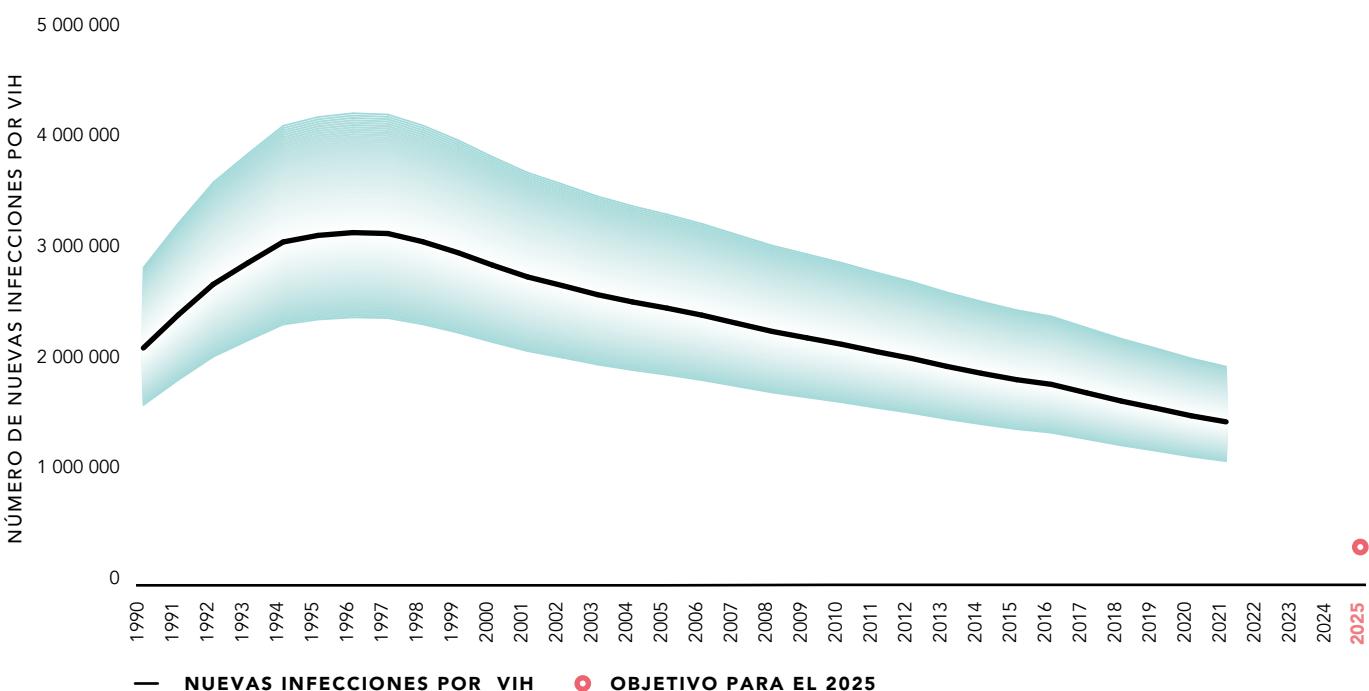
OBJETIVO PARA EL 2025:

**REDUCIR LAS NUEVAS
INFECCIONES POR VIH A MENOS
DE 370 000.**

En diciembre de 2021, la comunidad internacional no estaba en camino de alcanzar ninguno de los objetivos para el 2025 para la prevención del VIH, ya que 1.5 millones [1.1 millones–2.0 millones] de personas contrajeron la infección por VIH en el 2021 (Figura 1.3). Cada día, 4000 personas se infectan con el VIH; cada semana, 7800 jóvenes (de 15 a 24 años de edad) se infectan.

El número anual de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo ha disminuido en un 32% desde el 2010, muy por debajo de la disminución del 83% necesaria para alcanzar el objetivo para el 2025 de 370 000 nuevas infecciones. Aunque las nuevas infecciones por VIH continuaron disminuyendo a nivel mundial durante la pandemia de COVID-19, la reducción de nuevas infecciones en el 2021 fue la menor disminución anual desde el 2017. Según las tendencias actuales, 1.2 millones de personas se infectarán con VIH en el 2025, casi tres veces más que el objetivo para el 2025.

FIGURA 1.3 Número de nuevas infecciones por VIH, mundial, 1990–2021, y objetivo para el 2025



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Aunque el África subsahariana representó el 59% de las nuevas infecciones por VIH en el 2021, la disminución de nuevas infecciones por VIH en el resto del mundo se ha ralentizado en los últimos años. Esto significa que ha aumentado la proporción de nuevas infecciones por VIH a nivel mundial en regiones no africanas. Las poblaciones clave y sus parejas sexuales comprendieron el 94% de las nuevas infecciones por VIH en regiones fuera del África subsahariana en el 2021 (ver Figura 0.04 en la Introducción).

Los éxitos en la prevención del VIH siguen dispersos. Se deben aprender lecciones de los entornos en los que las combinaciones sólidas de servicios de prevención del VIH están llegando a las poblaciones de mayor riesgo y logrando ganancias más amplias y equitativas; esto ayudará a inspirar un progreso más rápido en la reducción de la incidencia del VIH en todas las poblaciones y entornos geográficos.

OBJETIVO PARA EL 2025:

REDUCIR EL NÚMERO DE NUEVAS
INFECCIONES POR VIH ENTRE LAS
ADOLESCENTES Y LAS MUJERES
JÓVENES A MENOS DE 50 000.

2022

En 2021, se calcula que 250 000 [150 000–360 000] adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) se infectaron por VIH, cinco veces más que el objetivo para el 2025. Esto se traduce en 4900 nuevas infecciones por VIH entre adolescentes y mujeres jóvenes cada semana. El 82% de las adolescentes y mujeres jóvenes recién infectadas con VIH en el 2021 viven en el África subsahariana, incluyendo dos terceras partes en el África oriental y meridional. Las múltiples vulnerabilidades —incluidas las normas y prácticas sociales nocivas, y las desigualdades sociales, económicas y de género (ver el capítulo sobre Derechos)— impiden el progreso de las adolescentes y las mujeres jóvenes y requieren esfuerzos enfocados para ampliar los programas de prevención.



Wansama Johnson, una mujer joven que vive con VIH, sensibilizando a un cliente, a la derecha, en una clínica de atención y tratamiento. Kigamboni, Dar es Salaam, República Unida de Tanzania, 1 de octubre de 2019.

OBJETIVO PARA EL 2025:

ASEGURAR QUE EL 95% DE LAS PERSONAS EN RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH, DENTRO DE TODOS LOS GRUPOS EPIDEMIOLÓGICAMENTE RELEVANTES, GRUPOS DE EDAD Y ENTORNOS GEOGRÁFICOS, TENGAN ACCESO Y UTILICEN OPCIONES DE PREVENCIÓN COMBINADA APROPIADAS, PRIORIZADAS, CENTRADAS EN LA PERSONA Y EFICACES.

La cobertura y el uso de la prevención combinada contra el VIH entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (medido por el uso de al menos dos servicios de prevención en los últimos tres meses) reportados en los últimos años fue baja en todas las regiones, con un rango oscilando entre el 27% en Asia y el Pacífico y el 53% en África occidental y central (Figura 1.4). La cobertura de la prevención del VIH entre las personas transgénero también estuvo por debajo de los objetivos para el 2025 en todas las regiones, con informes recientes de los países que indican que las personas transgénero que utilizaron al menos dos servicios de prevención durante los últimos tres meses variaron entre el 28% (en África oriental y meridional) y el 77% (En Europa oriental y Asia central).

La cobertura de los servicios de prevención específicos del VIH ofrece algunos aspectos positivos. En el 2021, 24 de los 83 países que presentaron informes lograron el objetivo del 90% de cobertura del uso de preservativos en la última relación sexual entre las personas trabajadoras sexuales. En ocho países, la cobertura fue superior al 95%.¹ Dieciocho países informaron haber alcanzado el objetivo del 90% para el uso de agujas y jeringas estériles en la última inyección, y seis superaron el 95% de cobertura.² No obstante, persisten brechas importantes y el logro total de los objetivos para el 2025 requiere una amplia gama de opciones de prevención.

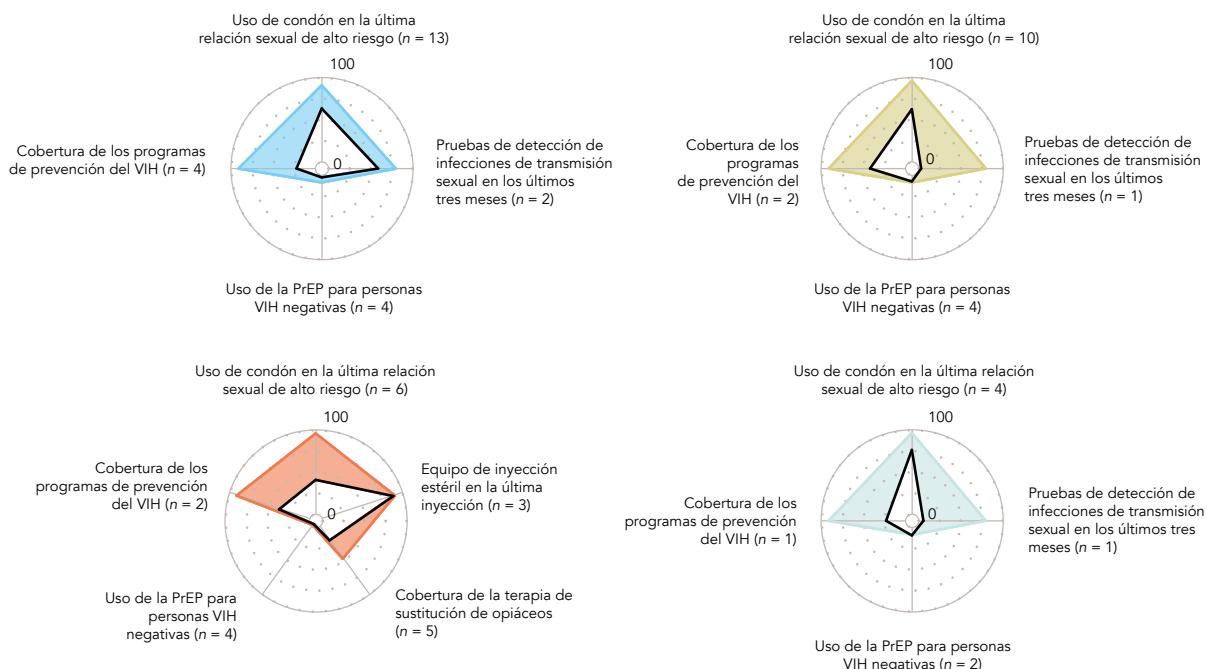


Un consejero de drogas consulta con un usuario de drogas en el centro de acogida de Mith Samlanh, Phnom Penh, Camboya, el 5 de diciembre de 2019.

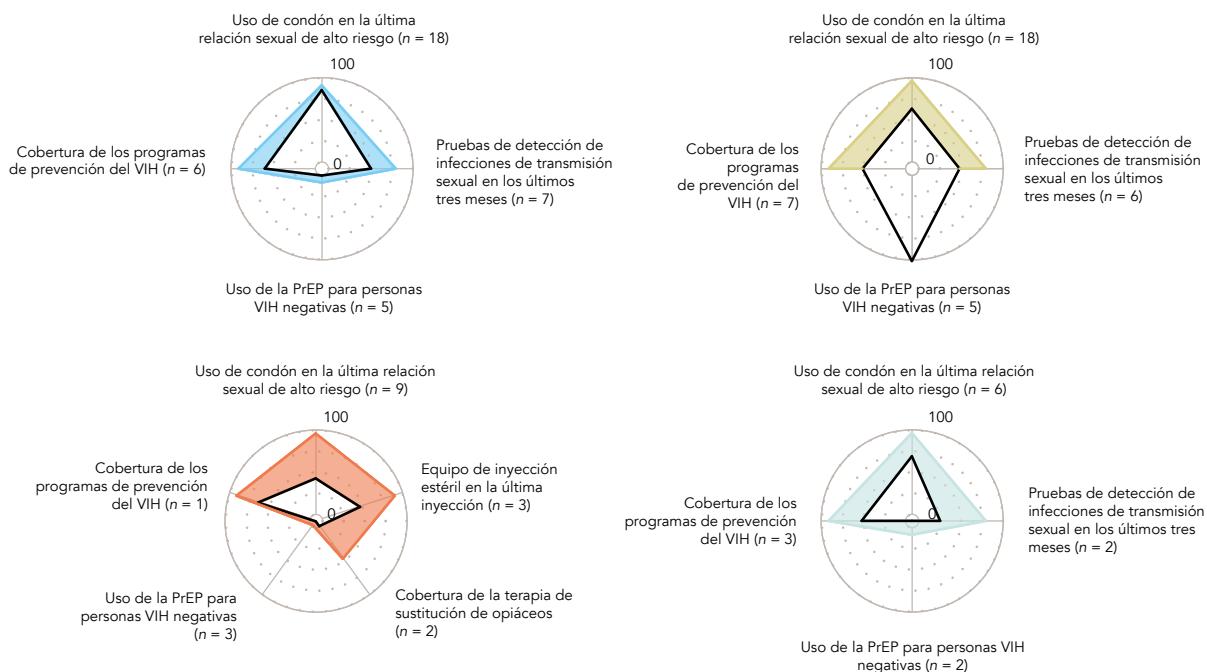
1 Estos países son la República Bolivariana de Venezuela, Eritrea, Kazajstán, Malí, Paraguay, República de Moldavia, Serbia y Singapur.
2 Estos países son Armenia, Bangladesh, Estonia, India, Nepal y Ucrania.

FIGURA 1.04 Brecha para lograr los objetivos de prevención combinada entre las poblaciones clave, por intervención y región, 2017–2021

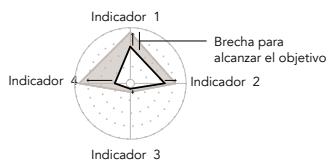
ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL



ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL



CÓMO LEER



ESTATUS 2017–2021

■ **TRABAJADORAS SEXUALES**

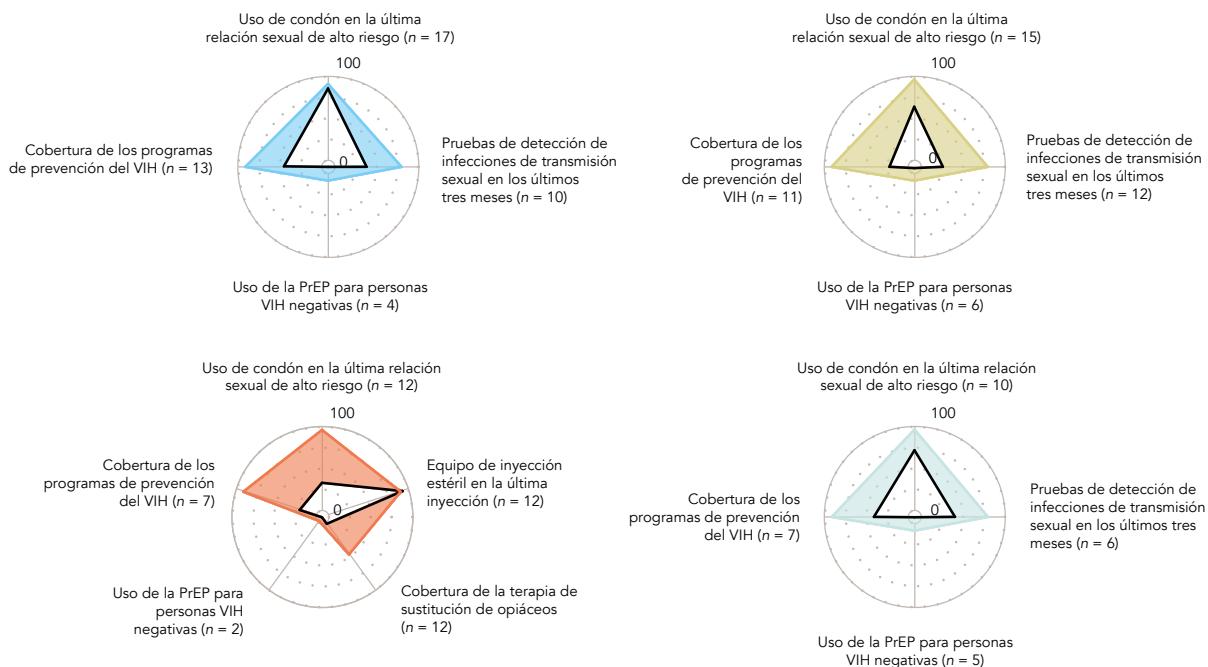
■ **HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**

■ **PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS**

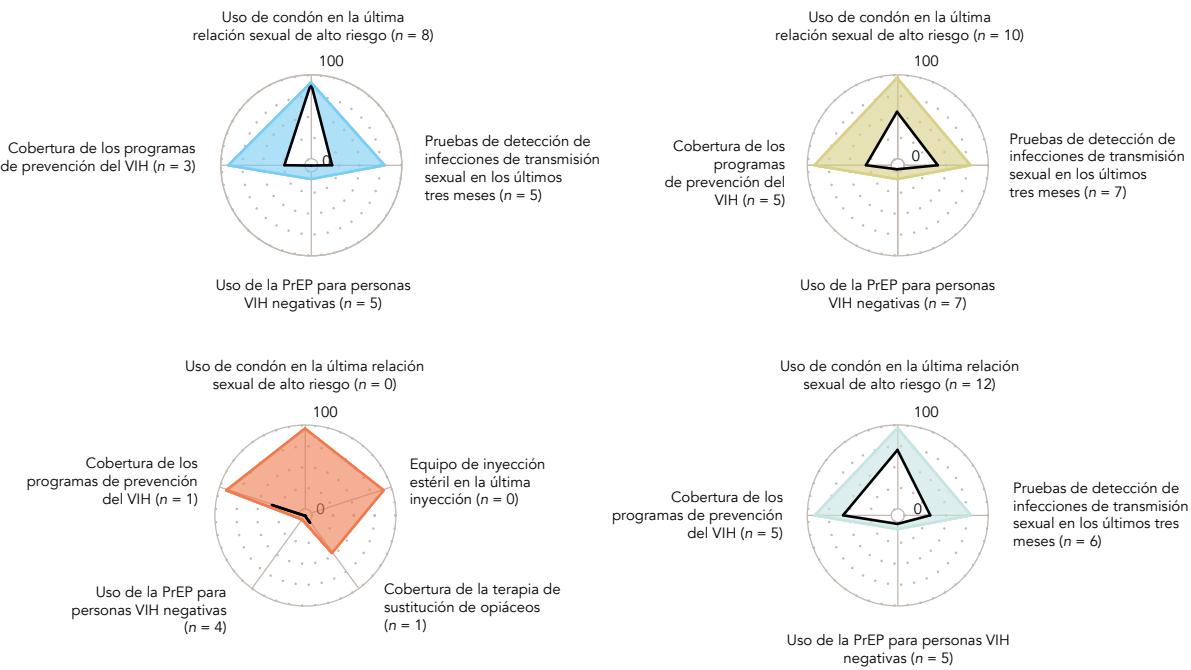
■ **PERSONAS TRANSGÉNERO**

— **OBJETIVO PARA EL 2025**

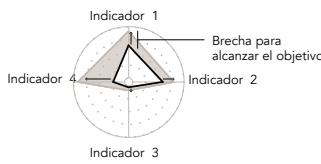
ASIA Y EL PACÍFICO



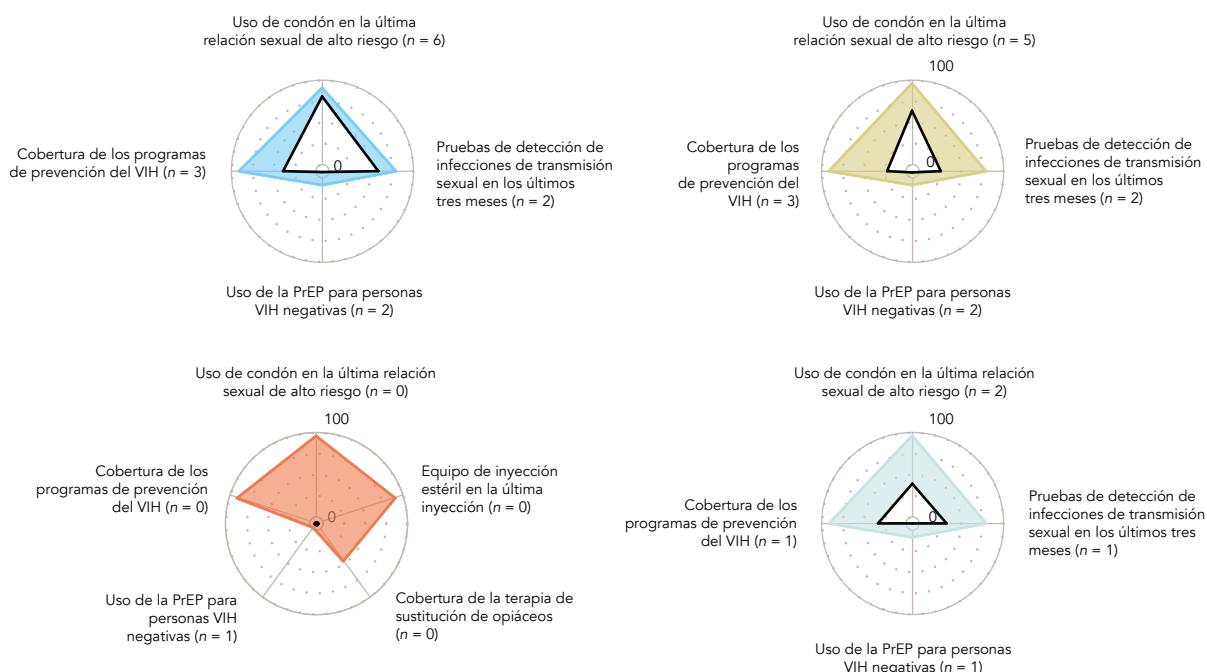
AMÉRICA LATINA



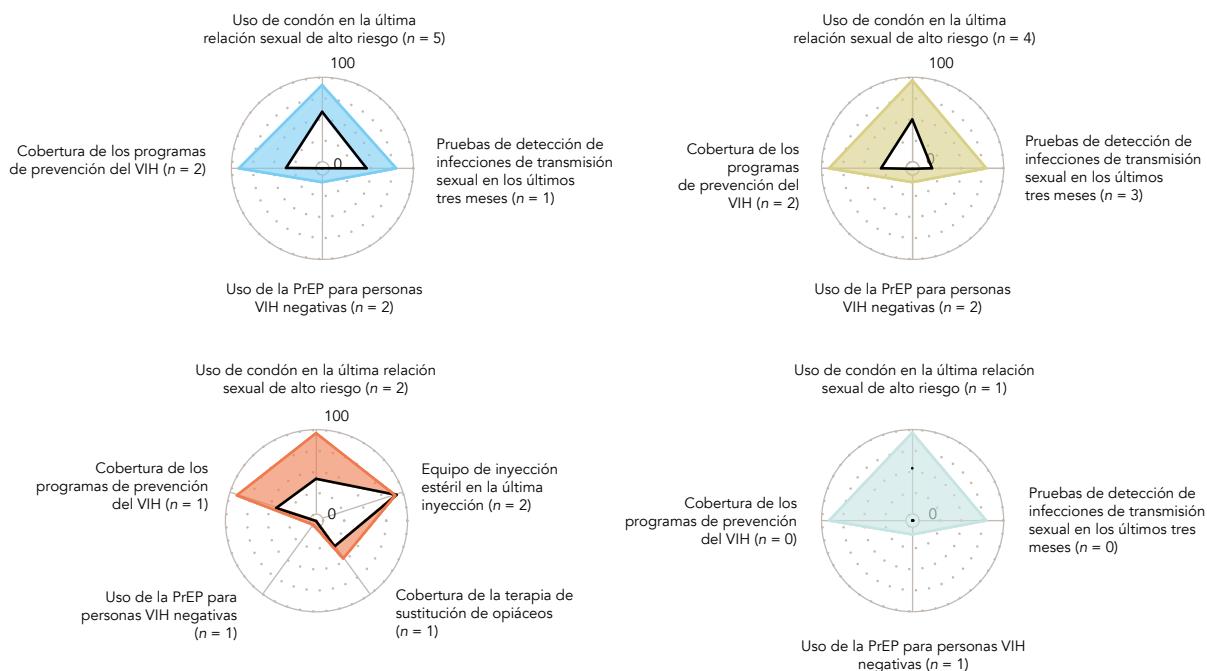
CÓMO LEER

**ESTATUS 2017-2021****TRABAJADORAS SEXUALES****HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES****PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS****PERSONAS TRANSGÉNERO****OBJETIVO PARA EL 2025****OBJETIVO PARA EL 2025****OBJETIVO PARA EL 2025****OBJETIVO PARA EL 2025**

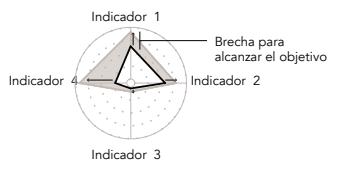
CARIBE



MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE



CÓMO LEER



ESTATUS 2017-2021

TRABAJADORAS SEXUALES

HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

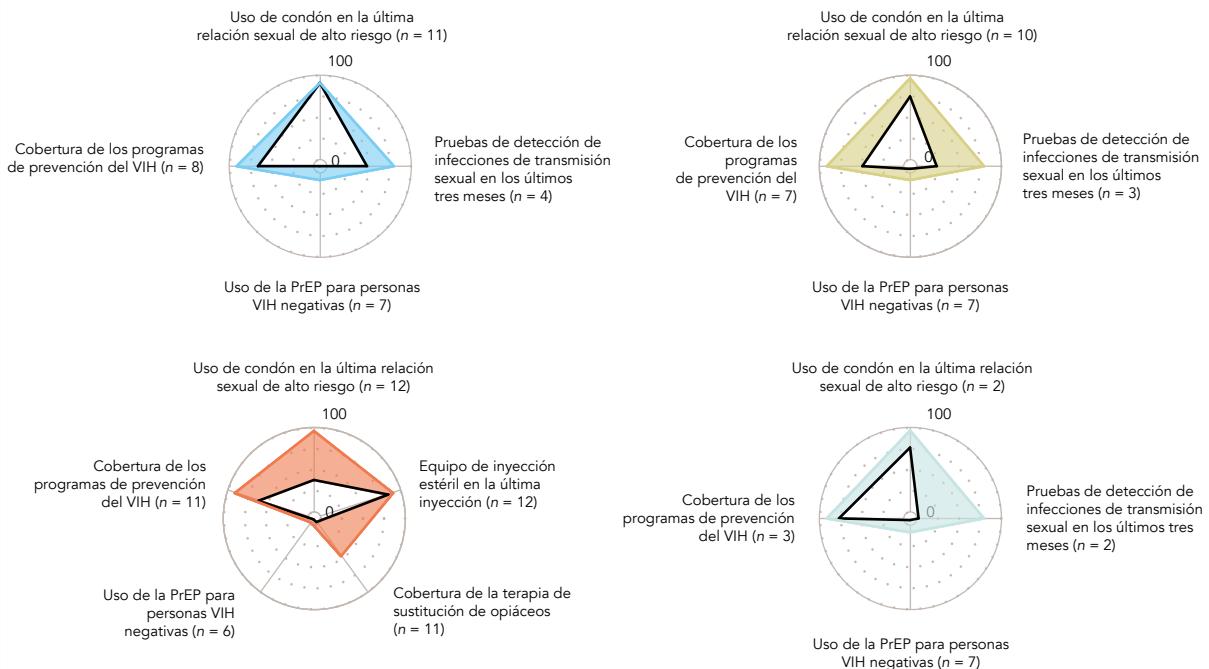
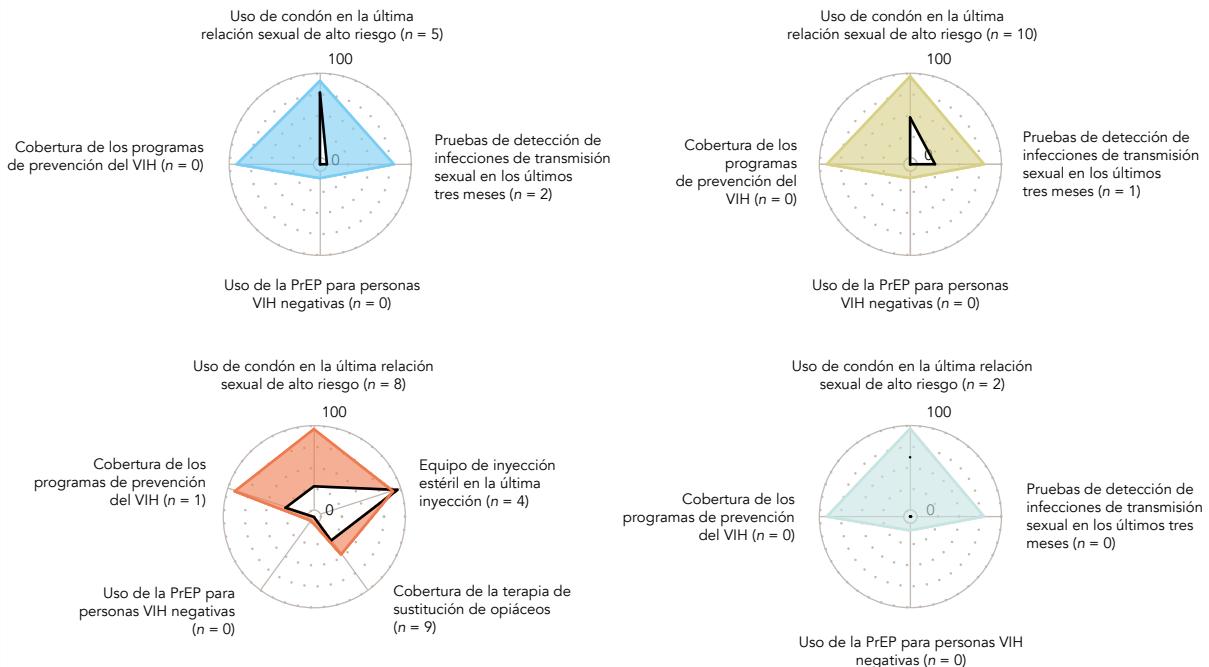
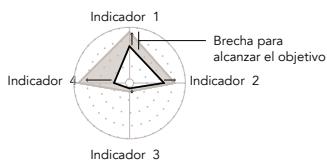
PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

PERSONAS TRANSGÉNERO

OBJETIVO PARA EL 2025

Fuente: ONUSIDA Monitoreo Global del sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

Nota: El uso de condones en las últimas relaciones sexuales de alto riesgo entre las trabajadoras sexuales, hombres homosexuales que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero no tiene en cuenta a quienes toman PrEP y, por lo tanto, puede subestimarse. El uso de una aguja estéril la última vez que una persona se inyectó tiende a provenir de encuestas, que generalmente se realizan en áreas que tienen servicios disponibles y, por lo tanto, pueden no ser representativas a nivel nacional.

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL**EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE****CÓMO LEER****ESTATUS 2017-2021**

- **TRABAJADORAS SEXUALES**
- **HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**
- **PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS**
- **PERSONAS TRANSGÉNERO**

- OBJETIVO PARA EL 2025**
- **OBJETIVO PARA EL 2025**
- **OBJETIVO PARA EL 2025**
- **OBJETIVO PARA EL 2025**

Nota: Los objetivos de la PrEP se calcularon en función del número de personas que más se beneficiarían del uso de la PrEP: aquellas con mayor vulnerabilidad a la exposición al VIH dentro de cada población clave. Los números informados de usuarios de PrEP incluyen a todos los usuarios, independientemente de la vulnerabilidad.

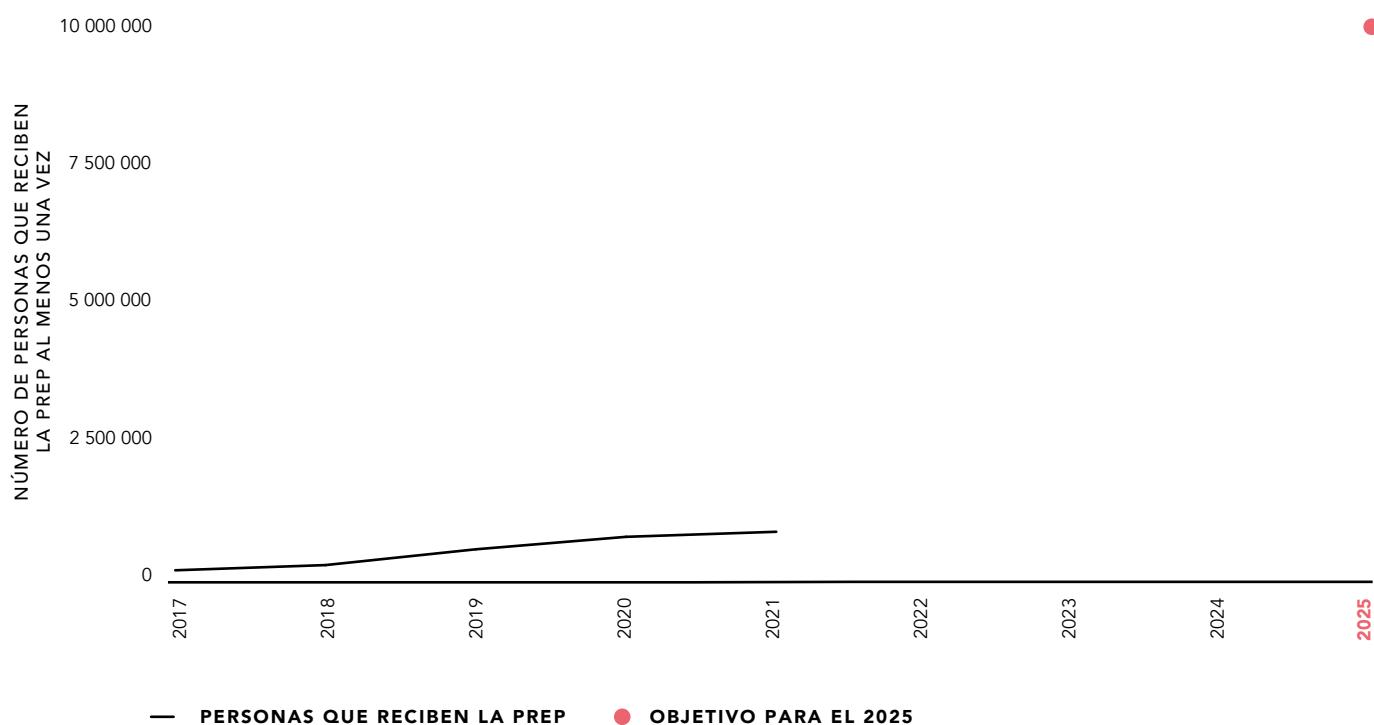
OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD
DE PROFILAXIS PREVIO A LA
EXPOSICIÓN (PREP) PARA 10
MILLONES DE PERSONAS EN
RIESGO SUSTANCIAL DE CONTRAER
VIH Y PROFILAXIS POSTERIOR
A LA EXPOSICIÓN (PEP) PARA
LAS PERSONAS EXPUESTAS
RECIENTEMENTE AL VIH.

2022

En 2021, más de 1.6 millones de personas en todo el mundo recibían profilaxis previa a la exposición oral (PrEP). Las personas que utilizaron PrEP al menos una vez durante el año del informe aumentaron aproximadamente el doble, de 820 000 en 2020 a 1.6 millones en el 2021. El aumento del uso de PrEP en el 2021 ocurrió a pesar de la pandemia de COVID-19, y representa una continuación del aumento en el uso de PrEP desde el 2016, aunque sigue estando muy por debajo del objetivo de 2025 de 10 millones de personas (Figura 1.5).

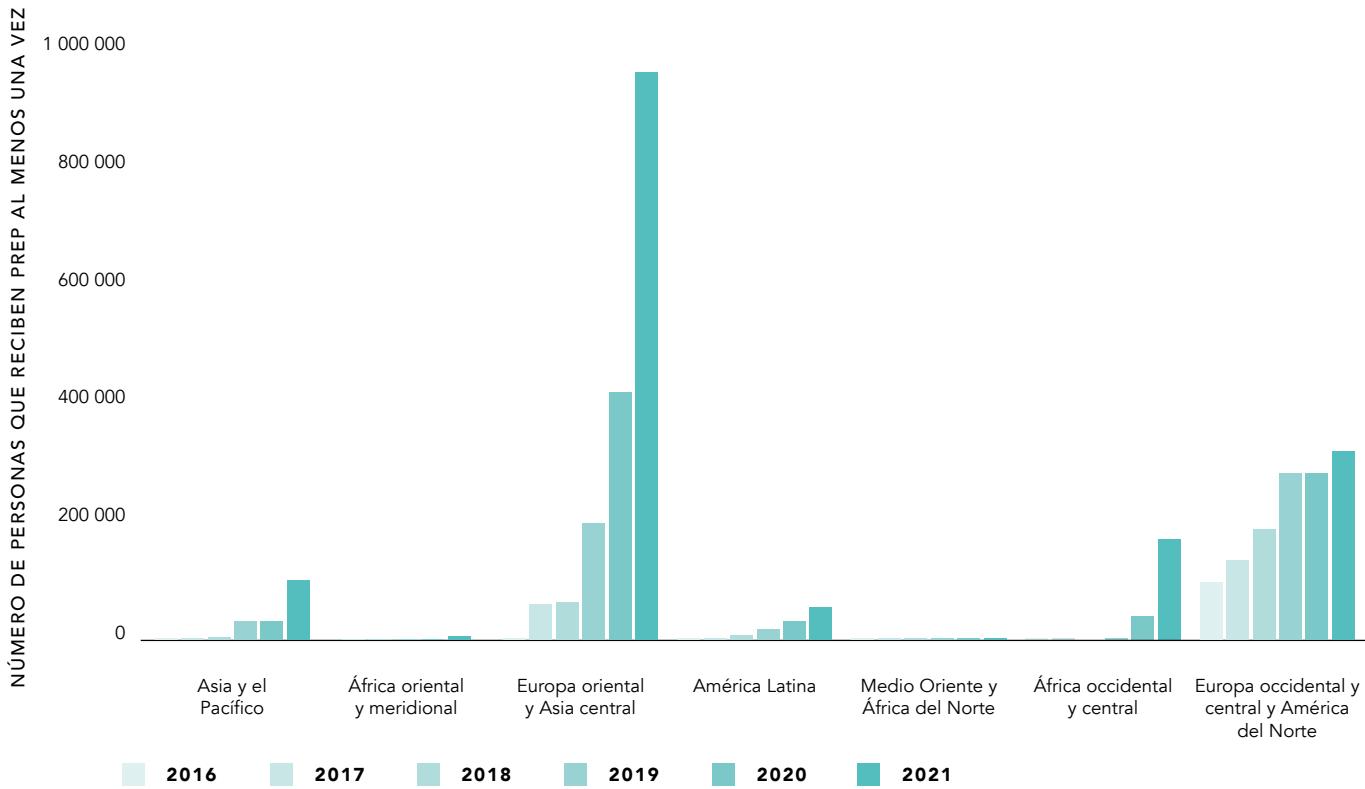
FIGURA 1.5 Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez durante el período de que se informa, mundial, 2017–2021 y objetivo para el 2025



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

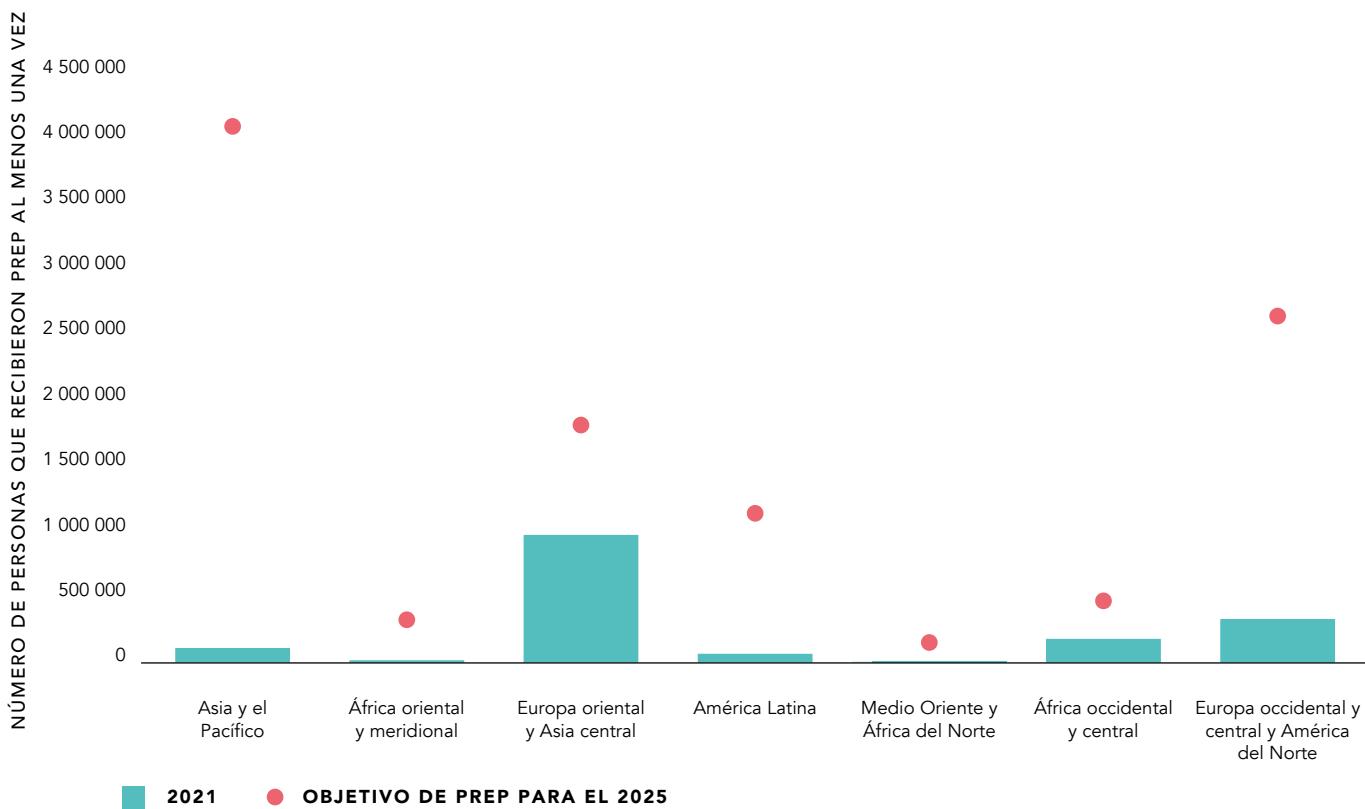
Hasta hace poco, el uso de PrEP se concentraba en los países de ingresos altos. Sin embargo, en los dos últimos años se ha observado un marcado consumo de PrEP en África oriental y meridional (Figura 1.6). En 2021, Kenia, Sudáfrica y Zambia impulsaron la adopción rápida de PrEP en África oriental y meridional, con avances más modestos en otros países de la región. En cambio, otras regiones de países de ingresos bajos y medios han experimentado un progreso mínimo en la expansión del acceso y el uso de PrEP (Figura 1.7).

FIGURA 1.6 Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez durante el período que se informa, por región, 2017–2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 1.7 Número de personas que recibieron profilaxis previa a la exposición (PrEP) al menos una vez durante el período del informe, por región, 2021 y objetivos regionales para el 2025



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

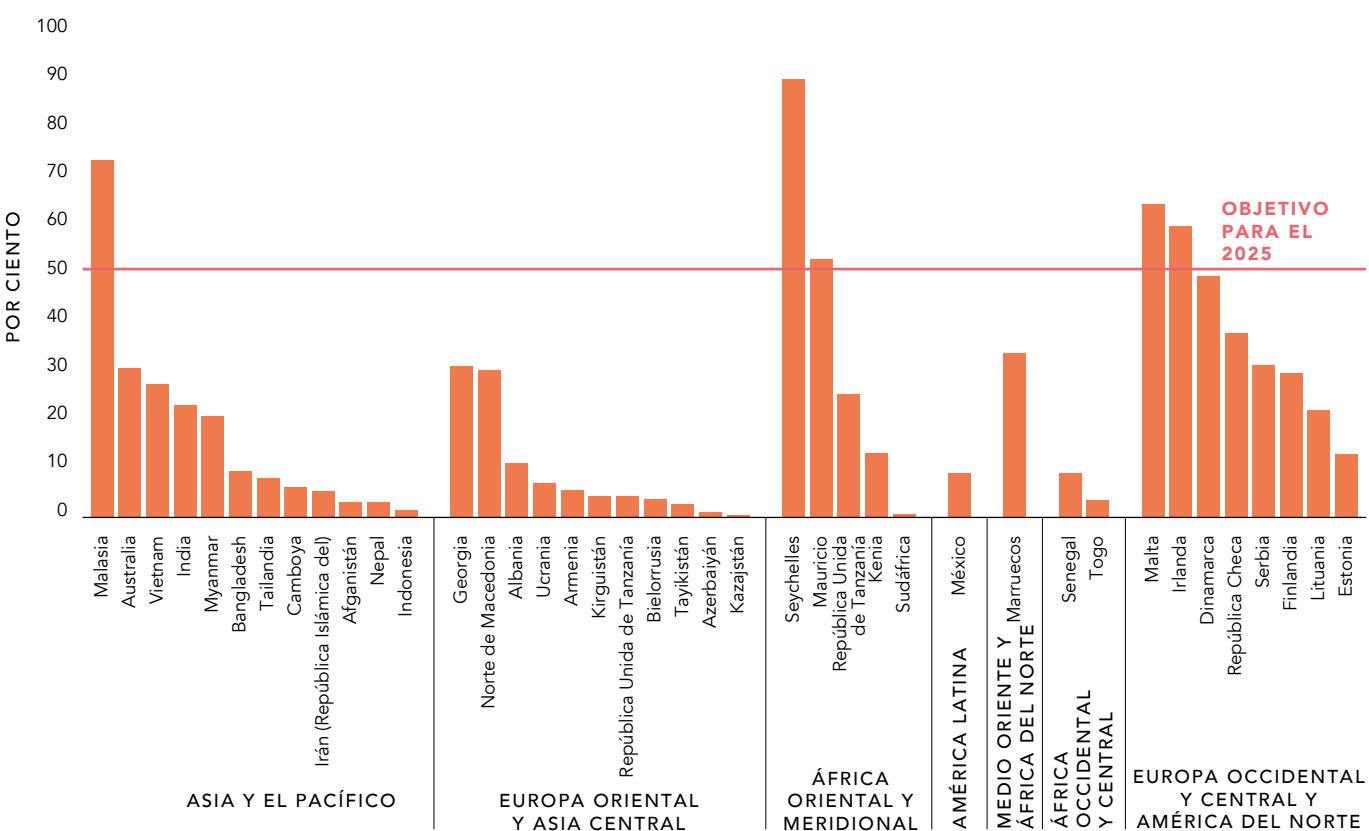
OBJETIVO PARA EL 2025:

50% DE COBERTURA DE LA TERAPIA DE SUSTITUCIÓN DE OPIOIDES ENTRE LAS PERSONAS DEPENDIENTES DE OPIOIDES.

2022

El uso de la terapia de sustitución de opioides entre las personas que se inyectan drogas no alcanza el objetivo del 50% en ninguna región y, en la mediana entre los países informantes, estuvo muy por debajo al objetivo en Asia y el Pacífico (9%), África occidental y central (7%) y Europa oriental y Asia central (4%). De los 40 países que informaron sobre este indicador en 2017–2021, sólo seis (Dinamarca, Irlanda, Malasia, Malta, Mauricio y Seychelles) proporcionaron terapia de sustitución de opioides al menos al 50% de las personas dependientes de opioides (Figura 1.8).

FIGURA 1.8 Cobertura del tratamiento de sustitución de opioides en personas que se inyectan drogas, países con datos disponibles, 2017–2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

OBJETIVO PARA EL 2025:

USO DEL 90% DEL EQUIPO DE INYECCIÓN ESTÉRIL DURANTE LA ÚLTIMA INYECCIÓN ENTRE PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS, EN PRISIONES Y OTROS ENTORNOS CERRADOS.

Desde el 2017, entre los 54 países que informaron el número de agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas por año mediante programas de agujas y jeringas, solo seis informaron haber logrado la recomendación de 200 agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta drogas. En el mismo período, sólo 18 de los 40 países informantes alcanzaron el objetivo del 90% de la cobertura de las prácticas seguras de inyección.

Se necesita una voluntad política más fuerte y abordar las brechas de financiamiento para la introducción y ampliación de la terapia de sustitución de opioides y los programas de agujas y jeringas para lograr los objetivos para el 2025, especialmente en regiones donde las epidemias afectan predominantemente a las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.

EN PELIGRO



Azizi Lai, mototaxista que vive con VIH. Temeke,
Dar es Salaam, República Unida de Tanzania,
13 de noviembre de 2020.

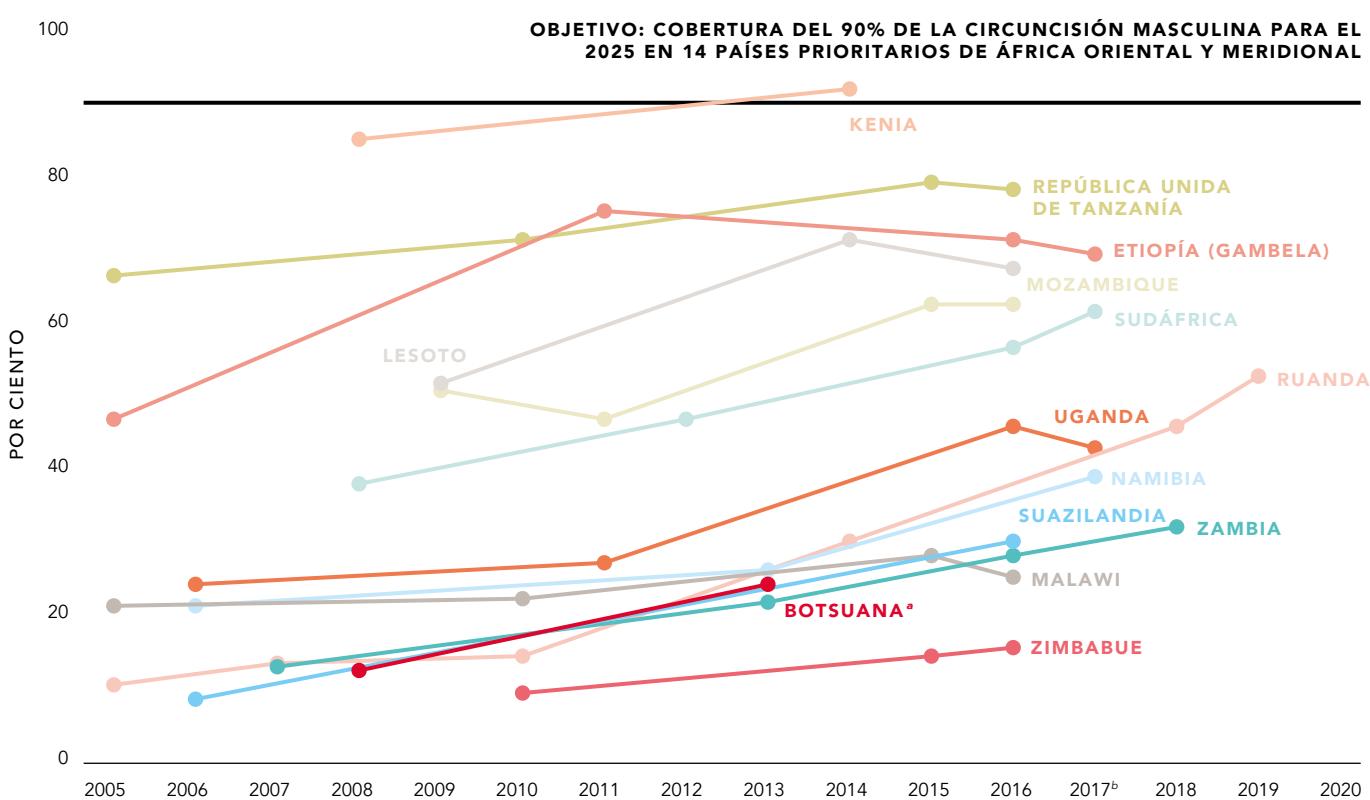
OBJETIVO PARA EL 2025:

**90% DE LOS NIÑOS
ADOLESCENTES Y HOMBRES
EN 15 PAÍSES PRIORITARIOS
TIENEN ACCESO A LA
CIRCUNCISIÓN MÉDICA
MASCULINA VOLUNTARIA
(CMMV) INTEGRADA CON
UN PAQUETE MÍNIMO DE
SERVICIOS.**

2022

La Estrategia mundial contra el sida pide que el 90% de los hombres y niños de 15 países prioritarios de África oriental y meridional obtengan la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) para reducir su riesgo de adquirir el VIH. El progreso hacia la meta del 90% (que incluye tanto la CMMV como la circuncisión masculina tradicional) varía entre los países prioritarios (Figura 1.9). Según las pruebas disponibles, Kenia parece ser el único país prioritario que ha alcanzado el umbral del 90%, aunque otros países (especialmente Etiopía y la República Unida de Tanzania) están al alcance del objetivo. Si bien la adopción de CMMV en Lesoto y Sudáfrica tiende rápidamente al alza, el progreso se está quedando atrás en otros países prioritarios (Suazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabue), que tienen niveles de cobertura mucho más bajos.

FIGURA 1.9 Prevalencia de la circuncisión masculina, 14 países prioritarios, 2005–2020 y objetivo para el 2025



^a Encuesta sobre el impacto del sida en Botsuana, varones de 10 a 64 años de edad.

^b Encuesta de HSRC 2017.

Fuente: Encuesta Demográfica de Salud (DHS) más reciente y Evaluaciones de Impacto en la Salud de la Población (PHIA).

Note: Data for South Sudan not included.

Entre 2008 y finales de 2021, 32 millones de hombres y niños se sometieron a CMMV en los 15 países prioritarios. Tanto en el 2020 como en el 2021, entre 2.5 millones y 3.0 millones de hombres y niños fueron circuncidados voluntariamente anualmente, pero alcanzar el objetivo de 2025 para la CMMV requiere 12 millones de procedimientos adicionales en general en 2022–2025. El hecho de que los programas de CMMV no se recuperen con mayor vigor en el 2021 después de la fuerte caída durante los cierres a causa de COVID-19 es preocupante, y dado que la aceptación del servicio hasta la fecha ha llegado desproporcionadamente a los niños adolescentes, alcanzar el objetivo de CMMV exigirá un mayor éxito para llegar a los hombres mayores.

95–95–95 PARA PRUEBAS Y TRATAMIENTO CONTRA EL VIH

OBJETIVO PARA EL 2025:

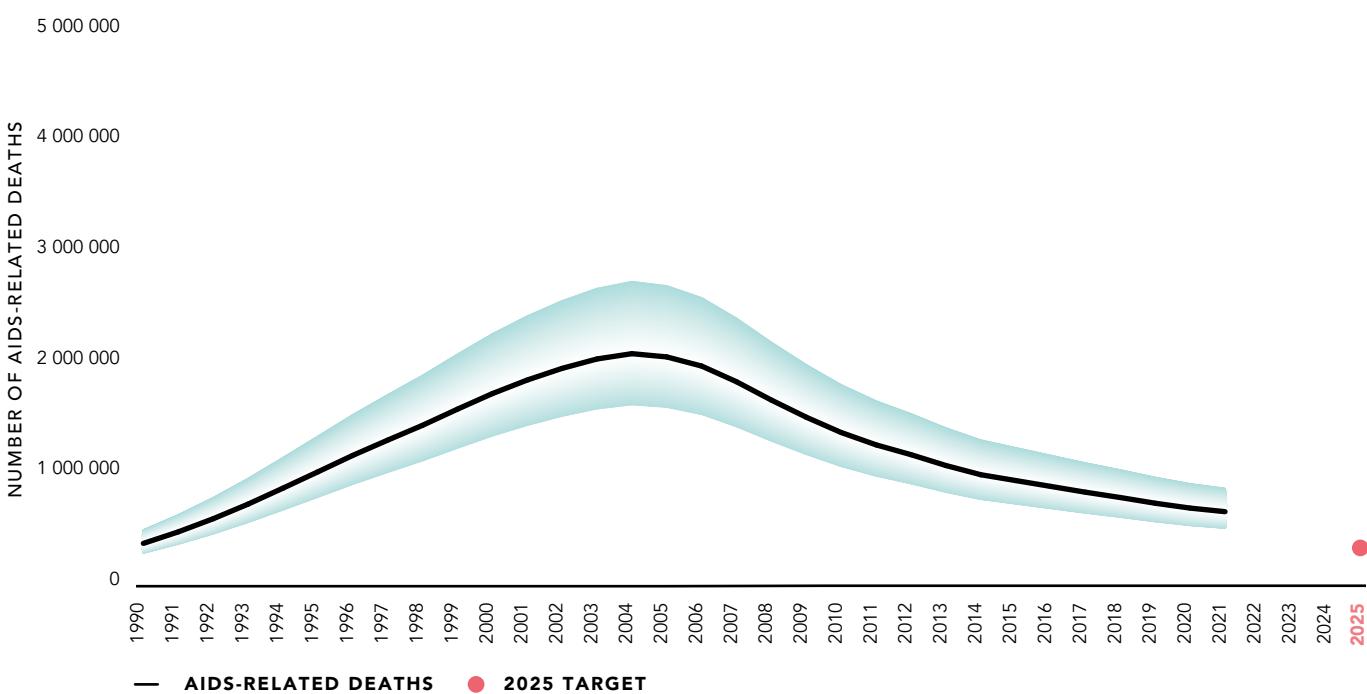
REDUCIR LAS MUERTES ANUALES RELACIONADAS CON EL SIDA A MENOS DE 250 000.

La reducción de las muertes relacionadas con el sida mediante la expansión agresiva de las pruebas del VIH y la terapia antirretroviral fue uno de los mayores éxitos de la era acelerada de la respuesta mundial contra el VIH. En el 2021, sin embargo, 650 000 [510 000–860 000] personas murieron por causas relacionadas con el sida. Los niños (de 0 a 14 años de edad) también siguen experimentando una parte desproporcionada de las muertes relacionadas con el sida: en el 2021, los niños representaron el 4% de las personas que viven con VIH, pero el 15% de las muertes relacionadas con el sida.

Si las tendencias actuales continúan, se prevé que 460 000 personas morirán por causas relacionadas con el sida en el 2025. Esto es un 83% más que el objetivo para el 2025 de menos de 250 000 muertes (Figura 1.10). Si la comunidad internacional va a alcanzar el objetivo de 2025, se debe acelerar el ritmo de las pruebas y el tratamiento del VIH, llegando de manera efectiva a quienes todavía se encuentran rezagados mediante un mayor acceso al tratamiento, garantizando que todas las personas que sean seropositivas estén vinculadas rápidamente a la atención, y el aumento de la retención en la atención y las tasas de supresión viral.

La tuberculosis y la meningitis criptocócica son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la enfermedad avanzada por VIH: la meningitis criptocócica representó el 15% de todas las personas que fallecieron por muertes relacionadas con el sida en todo el mundo en el 2014 (1). Sigue siendo fundamental garantizar que las personas en riesgo de contraer el VIH estén vinculadas a servicios integrados centrados en las personas y específicos del contexto, incluidos los diagnósticos, los tratamientos y la implementación de exámenes de detección preventivos. Como se subraya en las nuevas directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el diagnóstico temprano y la mejora del tratamiento de la enfermedad criptocócica y sus complicaciones son fundamentales para reducir la incidencia y la elevada mortalidad asociada con la meningitis criptocócica en los países de ingresos bajos y medios (2).

FIGURA 1.10 Número de muertes relacionadas con el sida, mundial, 1990–2021 y objetivo para el 2025



OBJETIVO PARA EL 2025:

ASEGURAR QUE 34 MILLONES DE PERSONAS RECIBAN TRATAMIENTO CONTRA EL VIH PARA EL AÑO 2025.

OBJETIVO PARA EL 2025:

LOGRAR LOS OBJETIVOS DE PRUEBAS, TRATAMIENTO Y SUPRESIÓN VIRAL DE 95–95–95 EN TODOS LOS GRUPOS DEMOGRÁFICOS Y ENTORNOS GEOGRÁFICOS, INCLUIDOS LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN CON VIH.

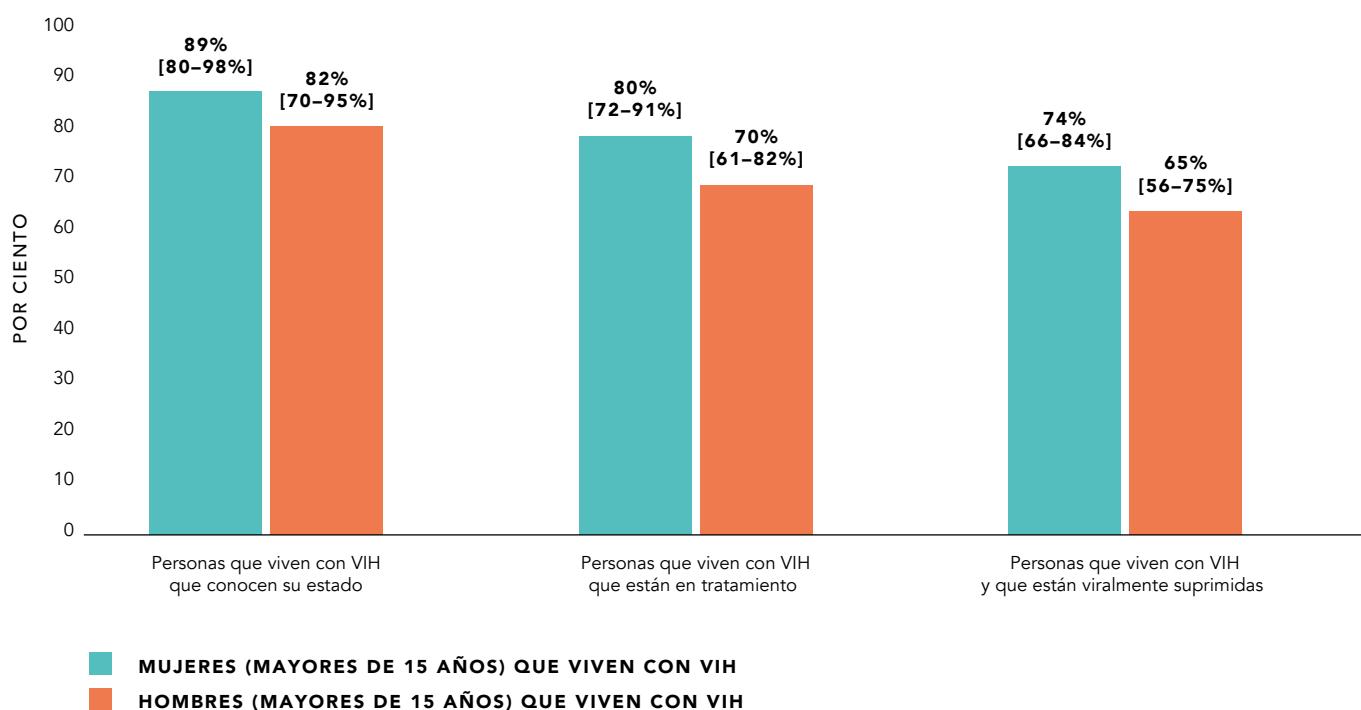
2022

En 2021, 28.7 millones de personas que viven con VIH (75% [66–85%] del total mundial) recibieron terapia antirretroviral. Este es un aumento de sólo 1.5 millones de personas en comparación con el 2020, y es el menor aumento en el número absoluto de personas en tratamiento desde el 2009. Para alcanzar el objetivo mundial de 34 millones de personas en tratamiento para el 2025, el número de personas que reciben la terapia antirretroviral debe aumentar al menos en 1.3 millones cada año.

Se lograron avances continuos en el 2021 en los objetivos 95–95–95. En 2021, el 85% de las personas que viven con VIH en todo el mundo conocían su estado serológico, el 75% de las personas que vivían con VIH recibieron terapia antirretroviral (lo que representa el 88% de las personas que conocían su estado serológico) y el 68% de las personas que vivían con VIH lograron la supresión viral (lo que representa el 92% de las personas que estaban recibiendo tratamiento).

El progreso hacia los objetivos 95–95–95 es evidente en todas las regiones, con avances especialmente notables en la ampliación del tratamiento del VIH en África occidental y central (ver los perfiles regionales). En la mayoría de las regiones, las mayores brechas en la cascada de servicios se encuentran en los dos primeros 95: conocimiento del estado serológico y estar bajo tratamiento.

FIGURA 1.11 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), mundial, 2021



80%

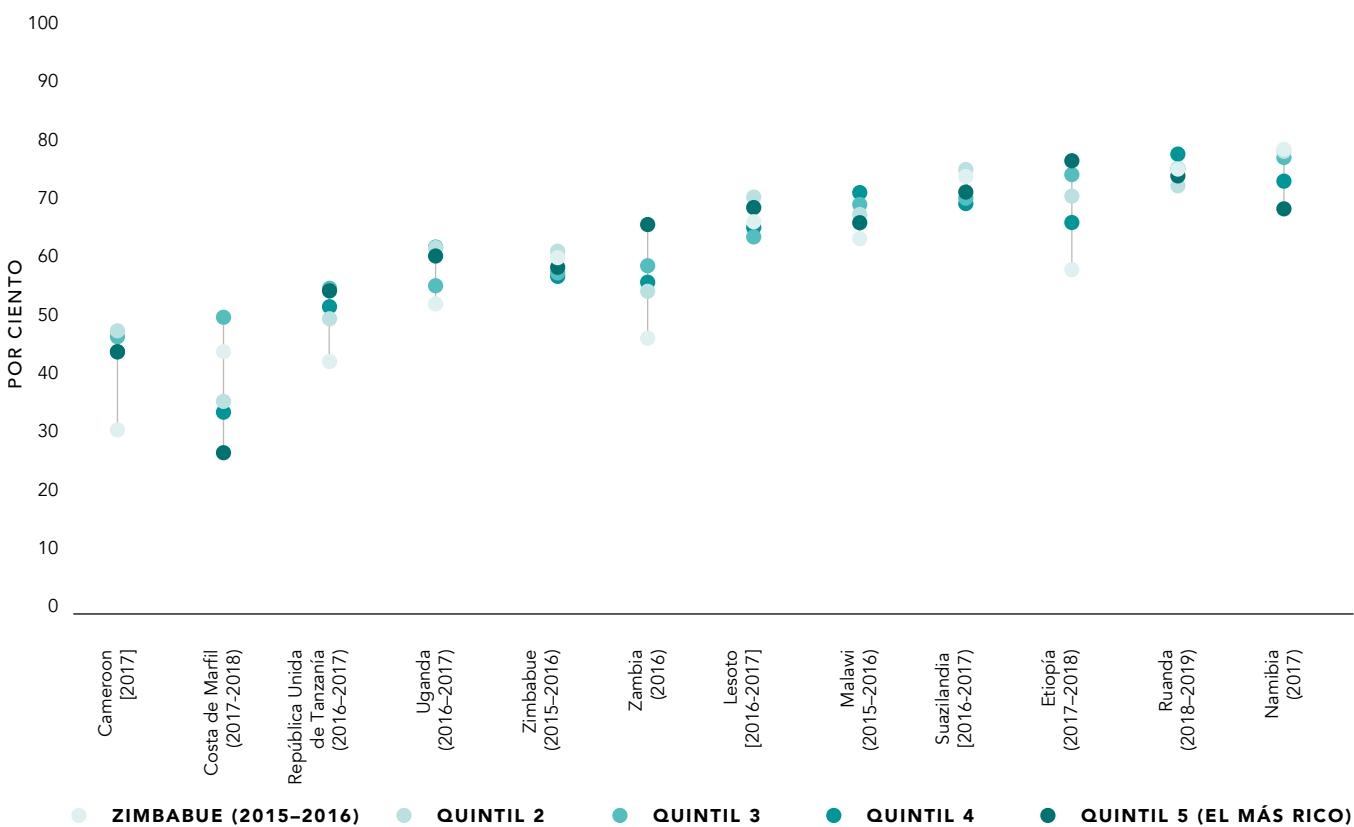
DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH RECIBIERON TERAPIA ANTIRRETRÓVIRAL EN EL 2021.

Si bien se han producido avances hacia los objetivos 95–95–95 en todas las regiones, el progreso es más lento en las regiones donde están aumentando las nuevas infecciones por VIH. En Europa oriental y Asia central, una de las regiones con un aumento de las nuevas infecciones por VIH, sólo el 51% de las personas que viven con VIH recibían tratamiento contra el VIH en el 2021 y el 48% (94% de las que reciben tratamiento) fueron suprimidas viralmente. Aunque el conocimiento del estado serológico entre las personas que viven con VIH ha aumentado notablemente en Oriente Medio y el norte de África, la región está rezagada en cuanto al tratamiento contra el VIH, ya que el 50% de las personas que viven con VIH recibieron terapia antirretroviral en el 2021 y el 44% (89% de las que reciben tratamiento) lograron la supresión viral. América Latina y el Caribe también están por debajo del promedio mundial de cobertura de tratamiento y supresión viral del VIH.

Persisten las disparidades considerables en el acceso a la terapia antirretroviral. A nivel mundial, los hombres que viven con VIH tienen menos probabilidades de recibir terapia antirretroviral que las mujeres que viven con VIH: mientras que el 80% de las mujeres que viven con VIH recibieron terapia antirretroviral en el 2021, sólo el 70% de los hombres que viven con VIH accedieron al tratamiento (Figura 1.11). Asimismo, las tasas de supresión viral son marcadamente más altas entre las mujeres que viven con VIH a nivel mundial (74%) que entre los hombres que viven con VIH (65%).

Las disparidades también son evidentes al analizar la supresión de la carga viral a nivel de población por quintil de riqueza (Figura 1.12). Las desigualdades relacionadas con la riqueza son particularmente evidentes en Camerún, Costa de Marfil, Etiopía, República Unida de Tanzania y Zambia. Los datos sugieren que las desigualdades reflejan los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud que afectan a las pruebas, la vinculación con la atención y la adherencia al tratamiento en las personas que viven con VIH.

FIGURA 1.12 Supresión de la carga viral en todas las personas que viven con VIH, por quintil de ingreso, países seleccionados, 2015–2019



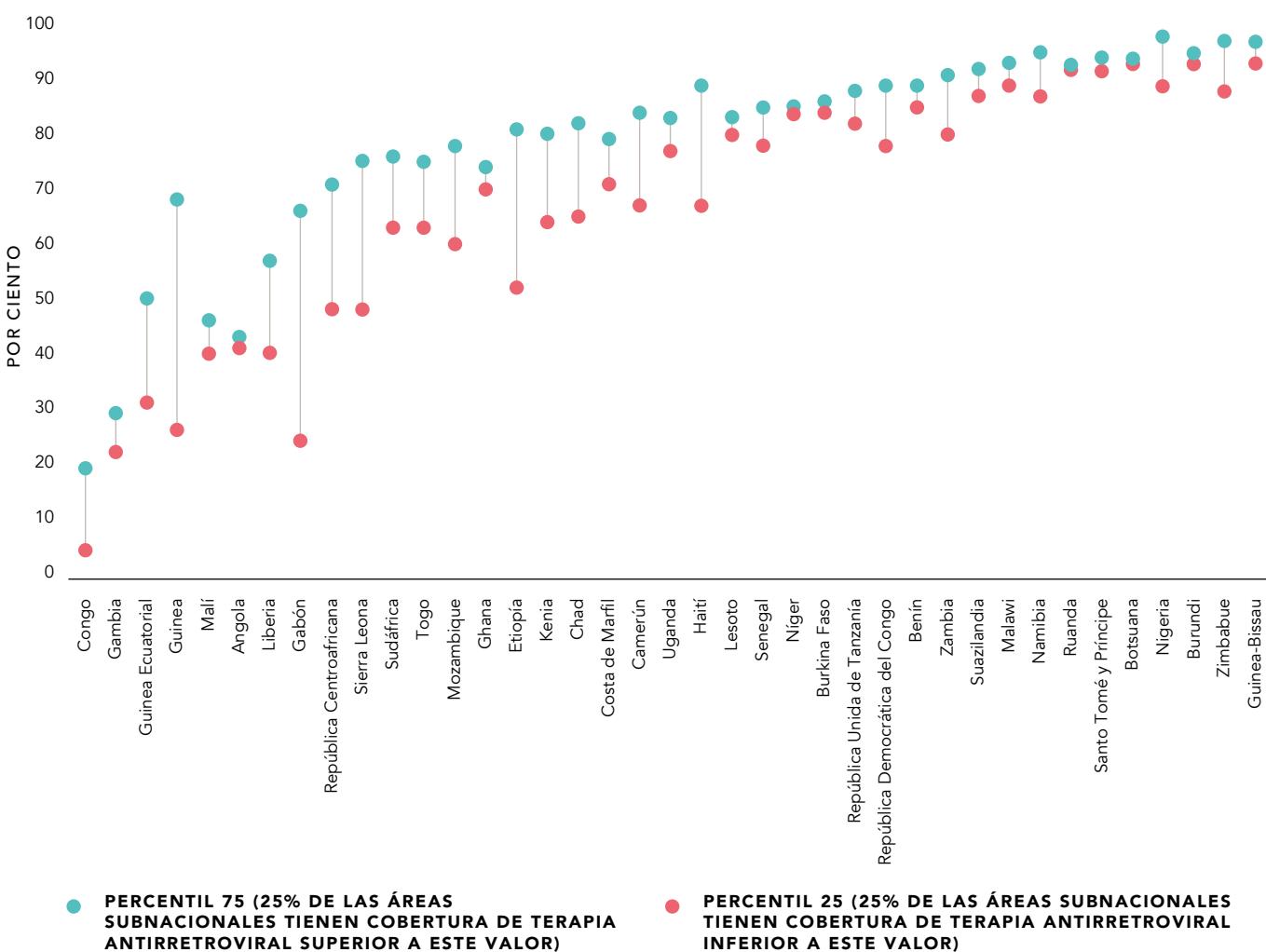
Fuente: Encuestas de Evaluación del Impacto del VIH (PHIA) basadas en la población, 2015–2019; Proyecto PHIA [base de datos]. Nueva York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Nota: Los datos del quintil 5 en Costa de Marfil se basan en 32 individuos.

A menudo existen brechas sustanciales en el acceso al tratamiento contra el VIH entre distritos dentro de los países. Esto se ilustra en la Figura 1.13, que muestra las diferencias en la cobertura de tratamiento contra el VIH entre los distritos con la cobertura de tratamiento más alta y aquellos con la más baja. Las grandes disparidades en la cobertura de tratamiento entre distritos (una diferencia de $>=15\%$) son especialmente evidentes en varios países, incluyendo: Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Gabón, Guinea, Haití, Kenia, Liberia y Sierra Leona. Las marcadas disparidades en la cobertura de tratamiento entre los distritos subrayan la importancia de una planificación enfocada y basada en datos a nivel subnacional para abordar las barreras locales y acelerar la ampliación de los servicios, especialmente en los lugares que están rezagados.

A menudo existen brechas sustanciales en el acceso al tratamiento contra el VIH entre distritos dentro de los países.

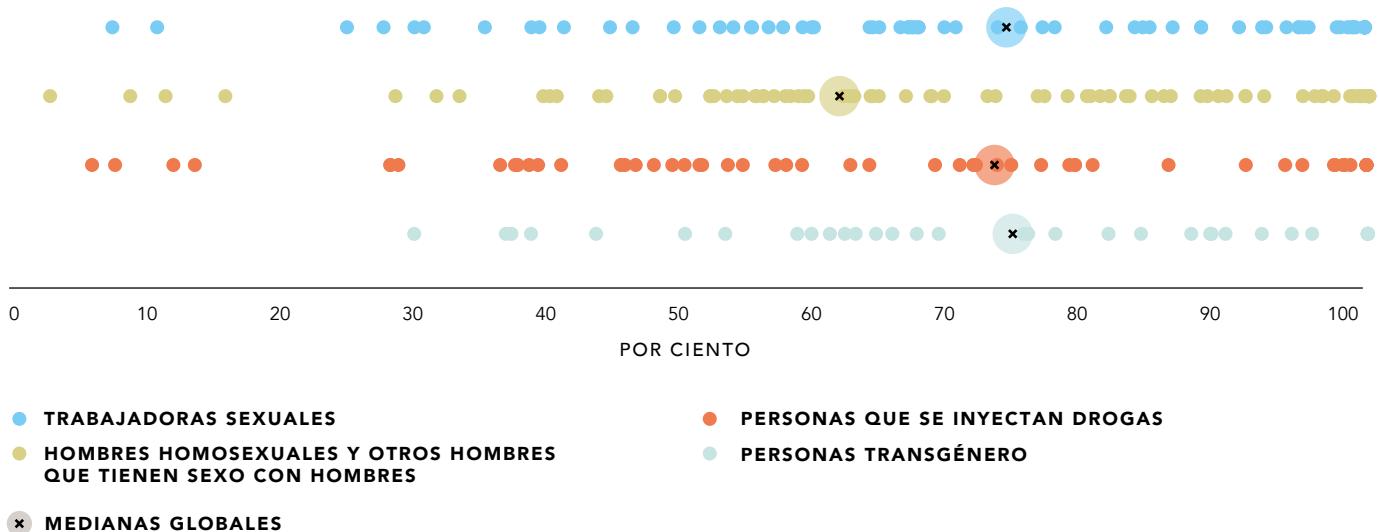
FIGURA 1.13 Desigualdades en la cobertura subnacional de terapia antirretroviral, países seleccionados con alta prevalencia del VIH, 2021



El porcentaje de personas de las poblaciones clave que se han sometido recientemente a la prueba del VIH y que han tomado conciencia de su estado serológico sigue siendo bajo. Datos recientes indican que, en promedio, alrededor de tres de cada cuatro trabajadoras sexuales, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero en todo el mundo, se habían realizado la prueba del VIH y habían recibido los resultados en los últimos 12 meses o habían dado positivo en la prueba del VIH anteriormente (Figura 1.14). Esto significa que aproximadamente uno de cada cuatro miembros de las poblaciones clave no conoce su estado serológico con respecto al VIH.

El porcentaje de personas de las poblaciones clave que se han sometido recientemente a la prueba del VIH y que han tomado conciencia de su estado serológico sigue siendo bajo.

FIGURA 1.14 Pruebas del VIH y concienciación sobre la situación en poblaciones clave, mundial, 2017–2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

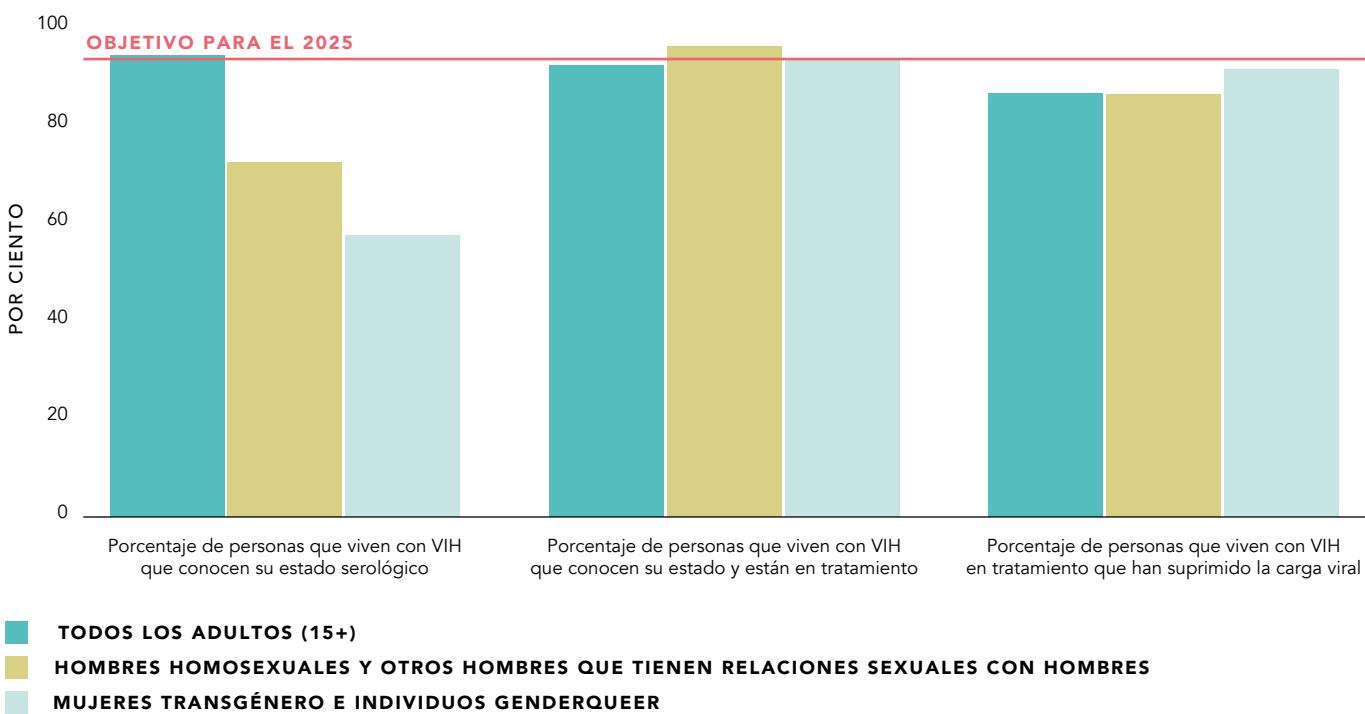
Nota: Los datos incluyen miembros de las poblaciones clave que han sido sometidas a pruebas en los últimos 12 meses y saben que sus resultados son negativos, y miembros de las poblaciones clave que saben que viven con VIH.

Estas brechas en las pruebas tienen un efecto en cascada negativo, reduciendo el número de miembros de las poblaciones clave que inician el tratamiento contra el VIH y logran la supresión viral. Los datos de Zimbabue subrayan este desafío, aunque también destacan el potencial de iniciativas de pruebas intensificadas y centradas en la comunidad para cerrar estas disparidades (Figura 1.15). Si bien los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero y las personas que viven con VIH en Zimbabue tenían menos probabilidades en el 2019 de conocer su estado que las personas que viven con VIH en general, los miembros de las poblaciones clave que vivían con VIH y conocían su estado alcanzaron niveles similares de supresión viral cuando se les vinculó con el tratamiento y se les apoyó para continuar recibiendo la atención.

Las brechas en la cobertura del tratamiento también son notables para las personas que viven con VIH en las cárceles. Entre los 41 países que informaron sobre la cobertura de terapia antirretroviral entre reclusos en los últimos años, sólo 14 informaron sobre una cobertura superior al 95%, y siete países informaron menos del 35%.

Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero y las personas que viven con VIH en Zimbabue tenían menos probabilidades en el 2019 de conocer su estado que las personas que viven con VIH en general.

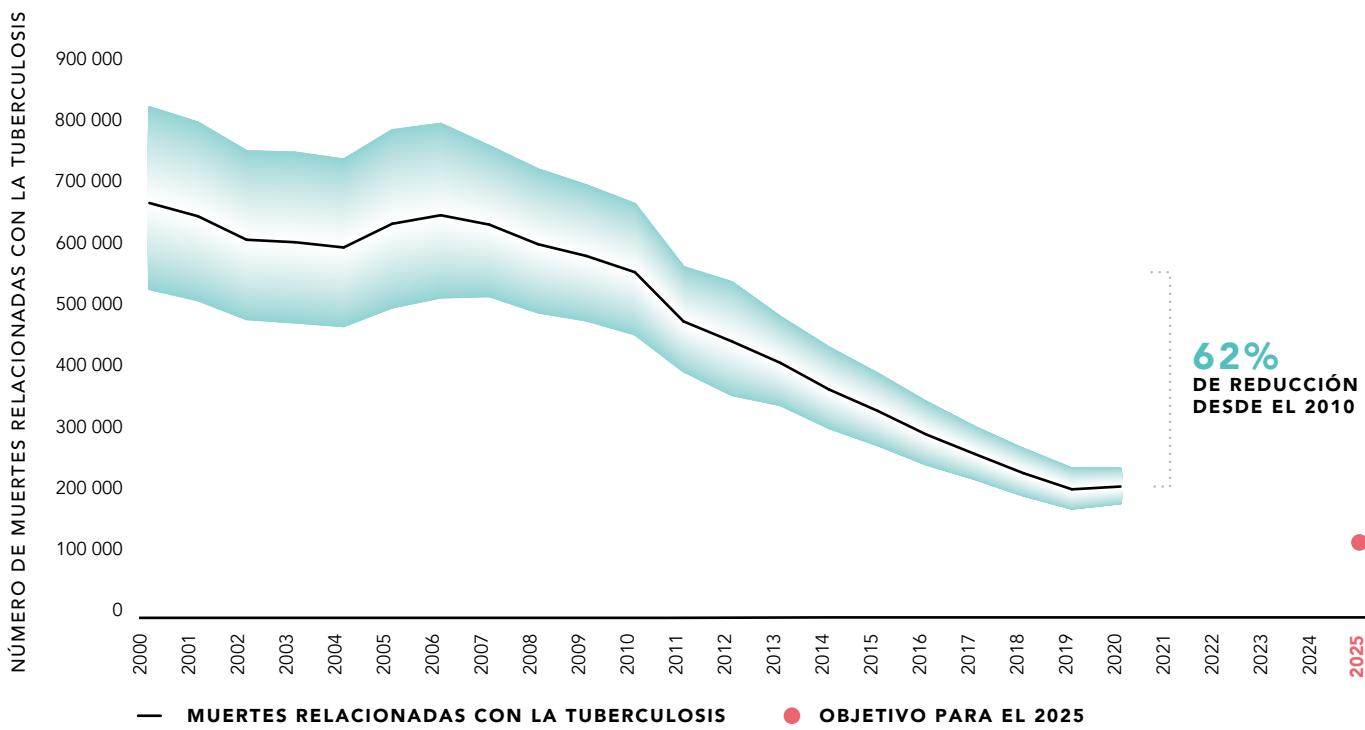
FIGURA 1.15 Desigualdades en el progreso hacia los objetivos 95–95–95, por población, Zimbabue, 2019



Se estima que en 2020 se produjeron 214 000 [187 000–242 000] muertes relacionadas con la tuberculosis entre personas que vivían con VIH. Esto refleja una disminución del 62% en comparación con el 2010, por debajo de la reducción del 80% prevista para el 2025, pero que potencialmente lleva ese objetivo a su alcance (Figura 1.16). Entre los 30 países con una carga elevada de tuberculosis y VIH, las mayores disminuciones en las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con VIH se produjeron en Etiopía (disminución del 84%), India (disminución del 81%), Malawi (disminución del 77%), Sudáfrica (disminución del 77%), la República Unida de Tanzania (disminución del 75%), Tailandia (disminución del 74%), Suazilandia (disminución del 72%) y Kenia (disminución del 72%).

Se estima que en el 2020 se produjeron 214 000 muertes relacionadas con la tuberculosis entre personas que vivían con VIH.

FIGURA 1.16 Número de muertes relacionadas con la tuberculosis en personas que viven con VIH, mundial, 2004–2020 y objetivo para el 2025



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis. Ginebra: OMS; 2021.

OBJETIVO PARA EL 2025:

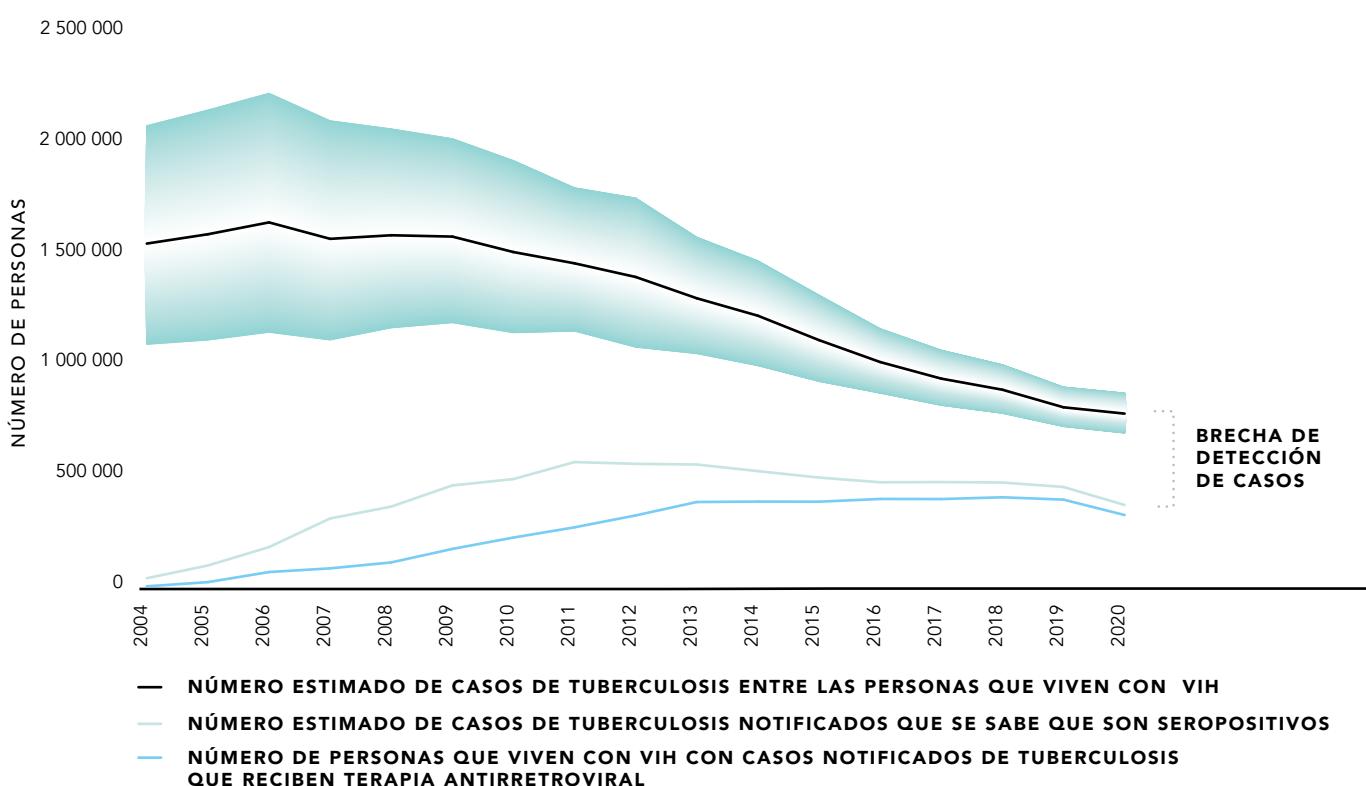
**REDUCIR LAS MUERTES
RELACIONADAS CON LA
TUBERCULOSIS ENTRE LAS
PERSONAS QUE VIVEN CON
VIH EN UN 80 % PARA EL 2025
(EN COMPARACIÓN CON LA
REFERENCIA DEL 2010).**

2022

Más de una década de progreso constante contra la tuberculosis entre las personas que viven con VIH está amenazada. Hubo un ligero aumento de las muertes relacionadas con la tuberculosis entre el 2019 y 2020, el primer aumento de este tipo desde el 2006, probablemente como resultado de las interrupciones en los servicios asociadas con la pandemia de COVID-19. En el 2020, el porcentaje de casos incidentes de tuberculosis estimados entre personas que viven con VIH y que fueron notificados disminuyó con respecto al año anterior (de 56% a 48%) por primera vez desde el 2004. En el 2020, el 42% del número estimado de personas que viven con VIH con incidentes de tuberculosis recibió terapia antirretroviral, en comparación con el 49% en el 2019, la primera disminución de este tipo desde el 2004. En el 2020, el 88% de las personas que vivían con VIH con episodios notificados de tuberculosis recibieron terapia antirretroviral (Figura 1.17).

**Hubo un ligero aumento de las muertes
relacionadas con la tuberculosis entre el
2019 y 2020, el primer aumento de este
tipo desde el 2006.**

FIGURA 1.17 Número estimado de casos de tuberculosis entre personas que viven con VIH, casos de tuberculosis notificados conocidos como seropositivos y número de personas que viven con VIH notificados de tuberculosis que reciben antirretrovirales, 2004–2020



OBJETIVO PARA EL 2025:

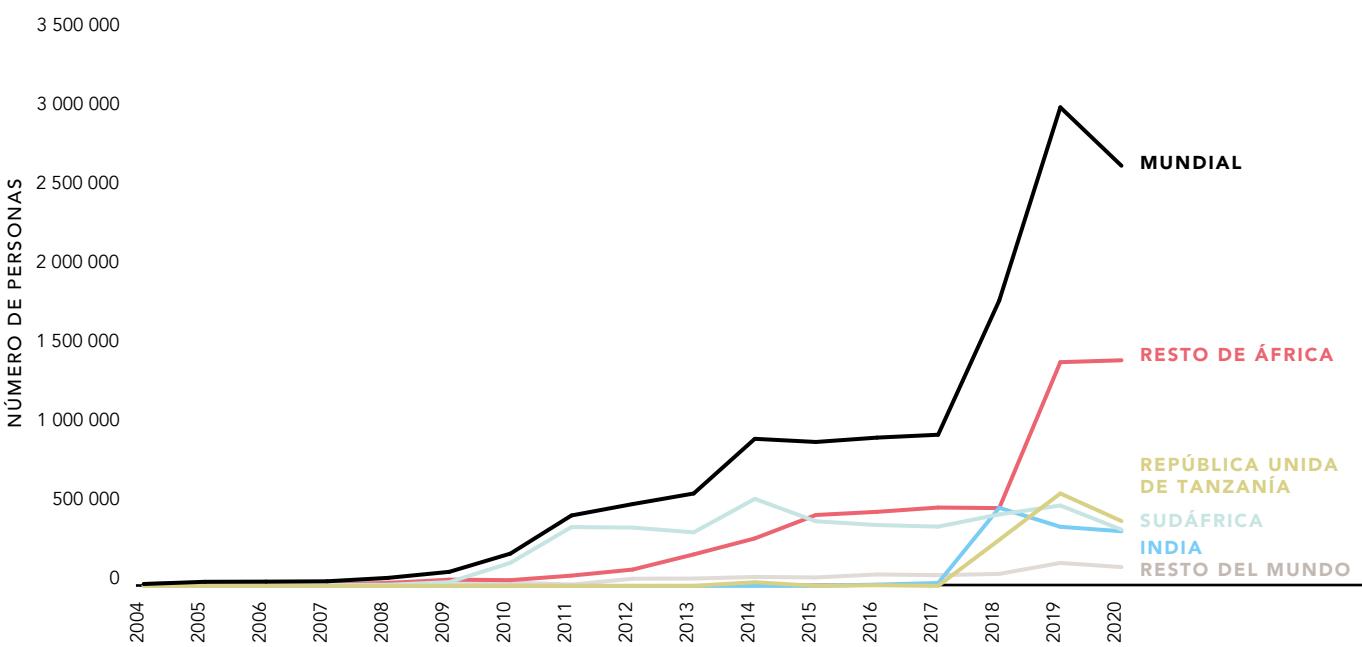
GARANTIZAR QUE EL 90% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH RECIBAN TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA

TUBERCULOSIS PARA EL 2025.

Entre el 2018 y 2020, 7.5 millones de personas que viven con VIH recibieron terapia preventiva contra la tuberculosis, superando el objetivo de 6 millones aprobado en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para Poner Fin a la Tuberculosis en el 2018. En el 2020, 2.7 millones de personas que viven con VIH recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis, un marcado aumento con respecto a las 4386 personas que recibieron la intervención en el 2002, pero aún así una disminución del 12% con respecto a la cifra del 2019 (3 millones). Entre el 2005 y finales de 2020, 13 millones de personas que viven con VIH recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis. En comparación con los 38 millones de personas que viven con VIH, es evidente que el objetivo del 90% aún no está al alcance.

En el 2020, siete países representaron el 80% de las personas que viven con VIH y que recibieron terapia preventiva contra la tuberculosis.³ Entre el 2019 y 2020, el número de personas que viven con VIH que recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis disminuyó en un 30% en Sudáfrica y la República Unida de Tanzania y en un 8% en la India (Figura 1.18).

FIGURA 1.18 Personas que viven con VIH que recibieron tratamiento preventivo para la tuberculosis, 2004–2020



Fuente: Monitoreo Global del sida 2021; Programa Mundial de Tuberculosis [base de datos]. Ginebra: OMS; c2022 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>).

Nota: Hasta el 2016, los países informaron la cantidad de personas que viven con VIH que se inscribieron recientemente en la atención del VIH que recibieron tratamiento preventivo para la tuberculosis. A partir de 2017, los países podrían informar la cantidad de personas que viven con VIH, ya sea recientemente o actualmente inscritas en la atención del VIH, que recibieron tratamiento preventivo para la tuberculosis. El número de personas que viven con VIH que recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis en el 2019 es menor que el publicado en Actualización Mundial del sida 2021 y el Informe Mundial sobre la tuberculosis 2020. Esto se debe a una actualización de los datos informados por India.

³ Los países son India, Mozambique, Nigeria, Sudáfrica, Uganda, República Unida de Tanzania y Zambia.

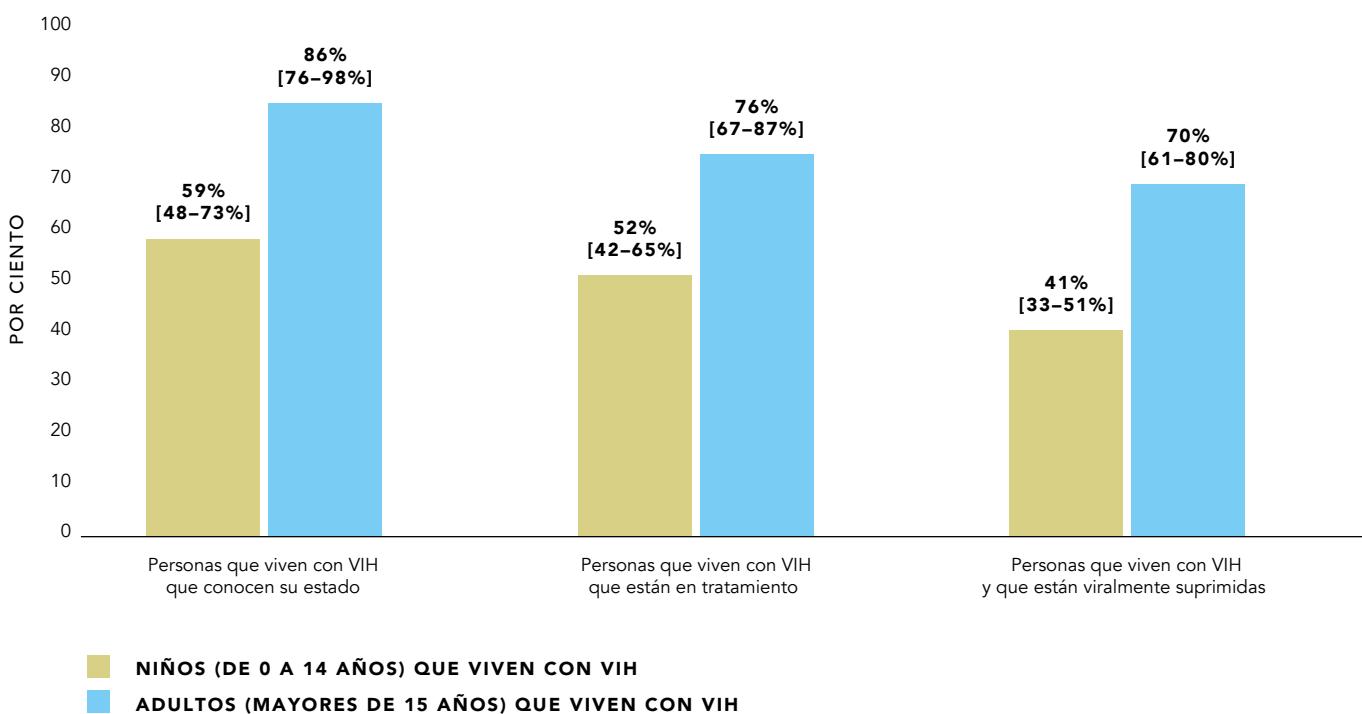
PONER FIN AL SIDA PEDIÁTRICO Y ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

OBJETIVO PARA EL 2025:

ASEGURAR QUE EL 75% DE TODOS LOS NIÑOS QUE VIVEN CON VIH HAYAN SUPRIMIDO LA CARGA VIRAL PARA EL 2023 Y EL 86% PARA EL 2025, EN LÍNEA CON LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO DEL VIH 95-95-95.

La respuesta al VIH no satisface las necesidades de los niños. En el 2021, el 52% [42–65%] de los niños que viven con VIH en todo el mundo recibieron terapia antirretroviral, en comparación con el 76% [67–86%] de los adultos que viven con VIH y muy por debajo del objetivo mundial de cobertura de tratamiento del 95% (Figura 1.19).

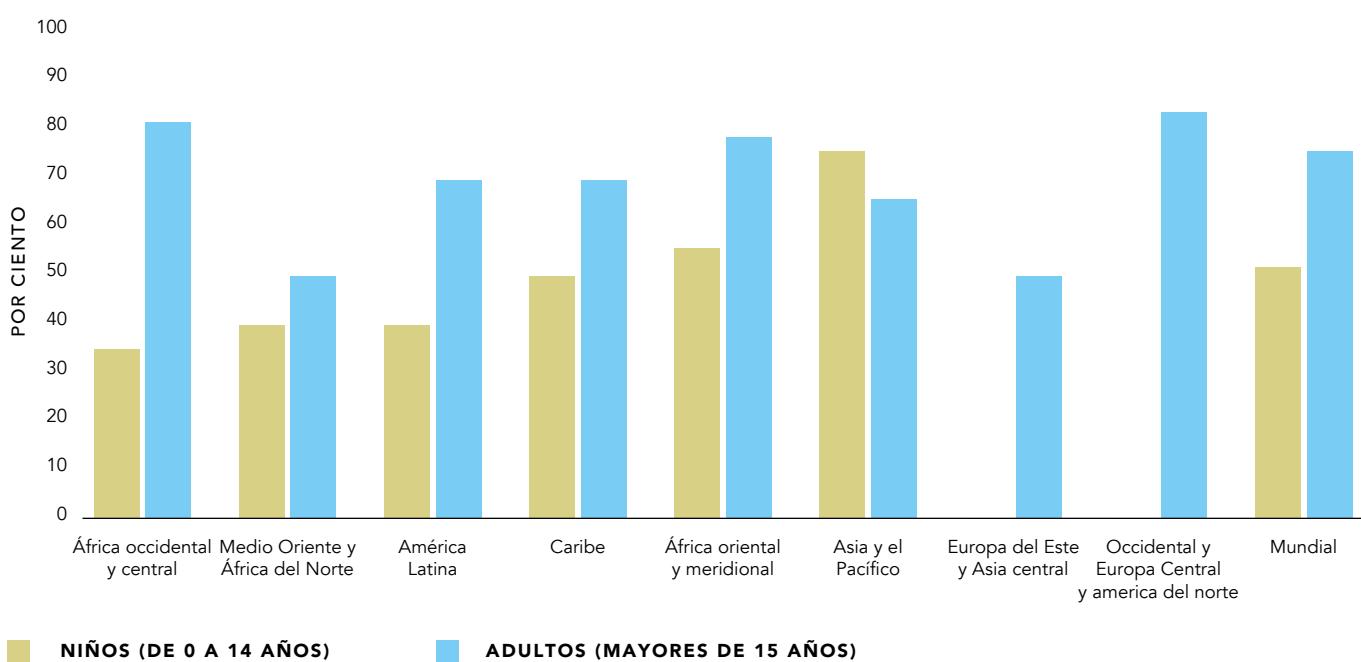
FIGURA 1.19 Prueba del VIH y cascada de tratamiento, mujeres (de 15 años o más) en comparación con hombres (de 15 años o más), mundial, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

Es preocupante la lentitud del progreso en la reducción de esta brecha en muchas regiones. En África oriental y meridional, América Latina, el Caribe, Oriente Medio y África del Norte, el déficit de cobertura de tratamiento para los niños parece haber aumentado en los últimos años (Figura 1.20). Dadas las profundas brechas en las pruebas y el tratamiento para los niños, actualmente el mundo no está al alcance del objetivo del 75% de supresión viral entre los niños que viven con VIH en el 2023 y del 86% de supresión viral para el 2025: en el 2021, sólo el 41% de los niños que viven con VIH tenían una carga viral suprimida.

FIGURA 1.20 Cobertura del tratamiento antirretroviral en niños (de 0 a 14 años de edad) en comparación con adultos (de 15 a más años de edad), por región, 2021

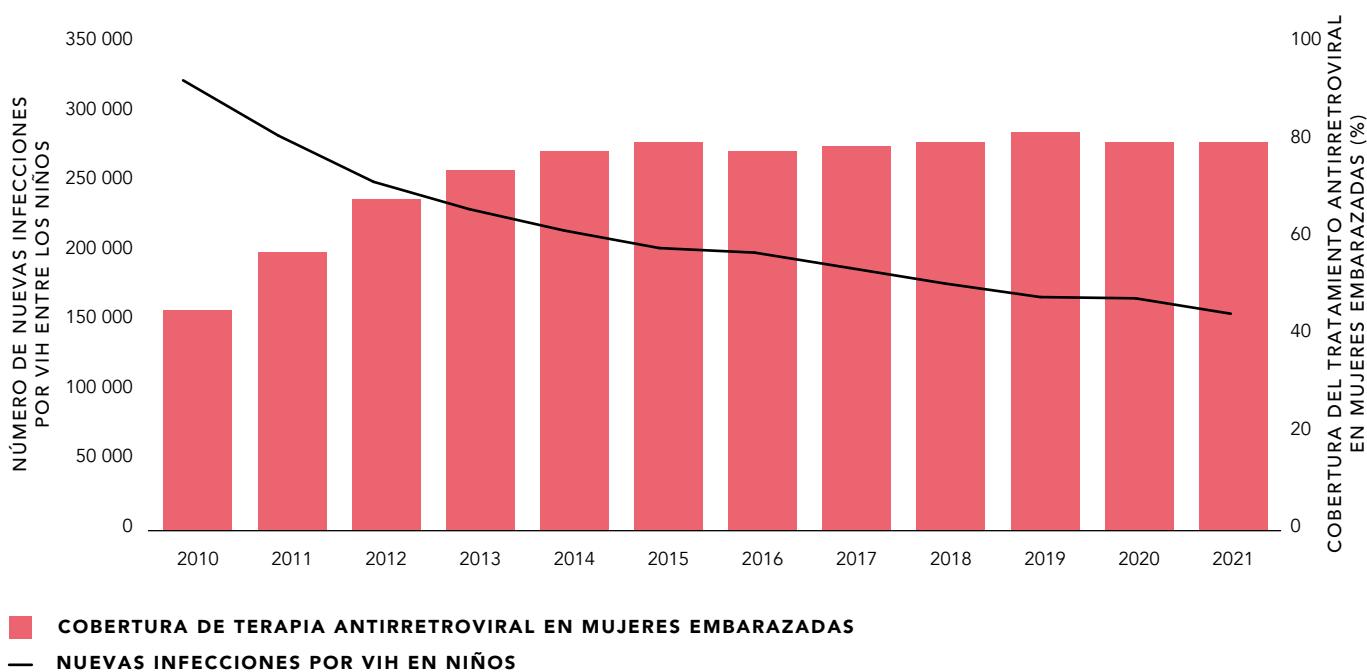


Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

El número de nuevas infecciones por VIH entre los niños ha disminuido en un 52% desde el 2010. Sin embargo, a pesar de años de compromisos de alto nivel para eliminar la transmisión vertical del VIH y cerrar las brechas en las pruebas y tratamiento contra el VIH para los niños, los niños siguen experimentando algunas de las desigualdades más graves relacionadas con el VIH.

En el 2021, 160 000 [110 000–230 000] niños se infectaron con el VIH. Casi el 85% de las nuevas infecciones por transmisión vertical se produjeron en el África subsahariana. Aunque docenas de países de todos los niveles de ingresos han demostrado la viabilidad de eliminar nuevas infecciones por VIH entre los niños, los avances en la prevención de la transmisión vertical se han ralentizado, con una disminución de solo el 22% en las nuevas infecciones entre el 2016 y 2021 (Figura 1.21).

FIGURA 1.21 Nuevas infecciones por VIH en niños (de 0 a 14 años de edad) y cobertura antirretroviral en mujeres embarazadas, mundial, 2010–2021



■ COBERTURA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN MUJERES EMBARAZADAS

— NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN NIÑOS

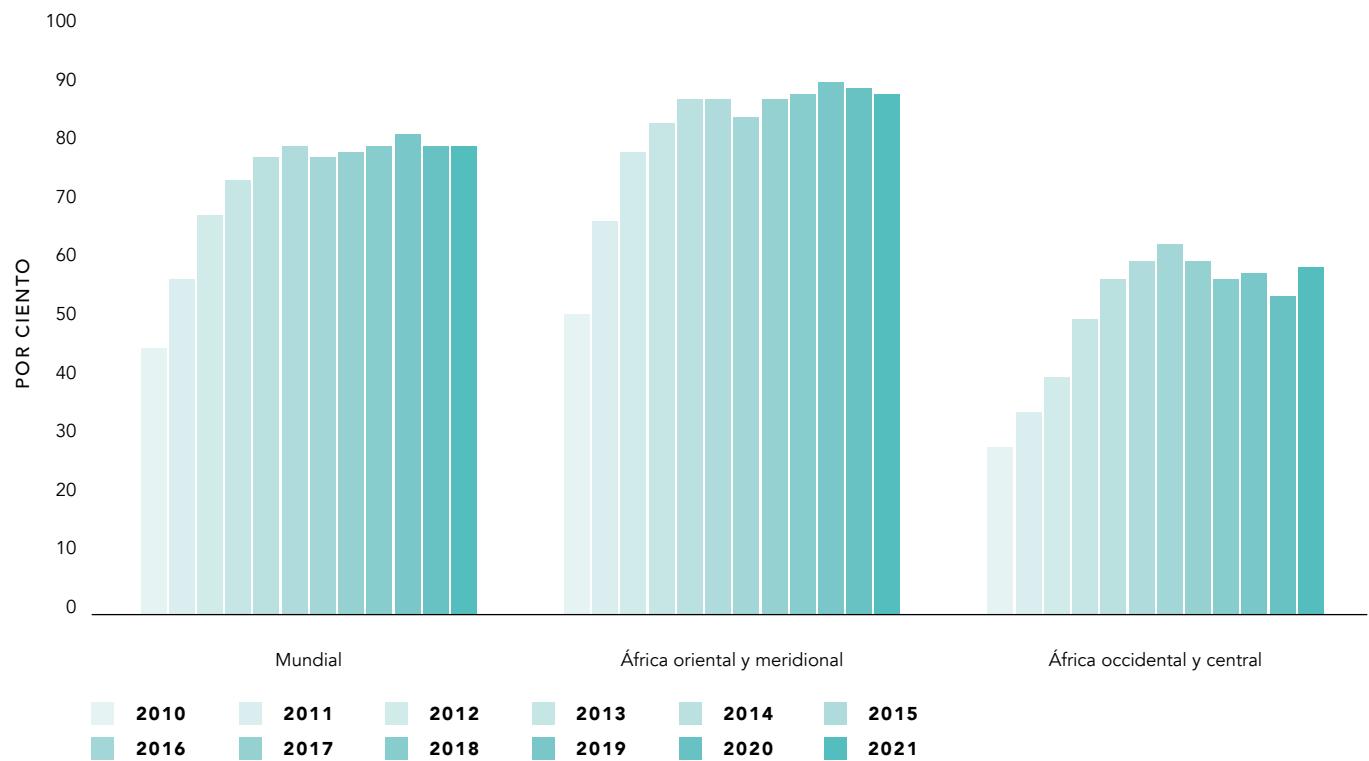
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES QUE VIVEN CON VIH RECIBAN TERAPIA ANTIRRETRÓVIRAL DE POR VIDA, CON UN 95% LOGRANDO Y MANTENIENDO LA SUPRESIÓN VIRAL ANTES DEL PARTO Y DURANTE LA LACTANCIA.

En 2021, el 82% de las mujeres embarazadas que viven con VIH recibieron terapia antirretroviral (Figura 1.22). Sin embargo, la cobertura de la terapia antirretroviral entre las mujeres embarazadas y lactantes no ha aumentado significativamente desde el 2014. El estancamiento de la cobertura es especialmente preocupante en África occidental y central, ya que los niveles actuales de cobertura (60% en el 2021) son notablemente inferiores que el objetivo de 2025. El 43% de todas las mujeres embarazadas que viven con VIH y que no recibían terapia antirretroviral en el 2021 vivían en África occidental y central.

FIGURA 1.22 Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben tratamiento para prevenir la transmisión vertical del VIH, por región, 2010–2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

OBJETIVO PARA EL 2025:

REDUCIR A NO MÁS DEL 10% EL NÚMERO DE MUJERES, NIÑAS Y PERSONAS QUE VIVEN, ESTÁN EN RIESGO Y AFECTADAS POR EL VIH Y QUE EXPERIMENTAN DESIGUALDADES DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO.

SUB-OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: REDUCIR A NO MÁS DEL 10% EL NÚMERO DE MUJERES Y NIÑAS QUE HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA ÍNTIMA MASCULINA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA EL 2025.

El mundo está muy lejos del objetivo de reducir la violencia física o sexual de una pareja íntima a menos del 10% para el 2025. Los datos de 156 países indican que aproximadamente 245 millones de mujeres de 15 años o más que han estado casadas o en pareja han experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja durante los últimos 12 meses. La prevalencia de la violencia física y sexual es particularmente alta en las regiones del Mediterráneo oriental, Asia sudoriental y África, según la definición de la OMS (Figura 1.23).

FIGURA 1.23 Prevalencia estimada de la violencia de pareja intima en los últimos 12 meses entre mujeres casadas o en pareja de 15 a 49 años, según la región de la OMS, 2018

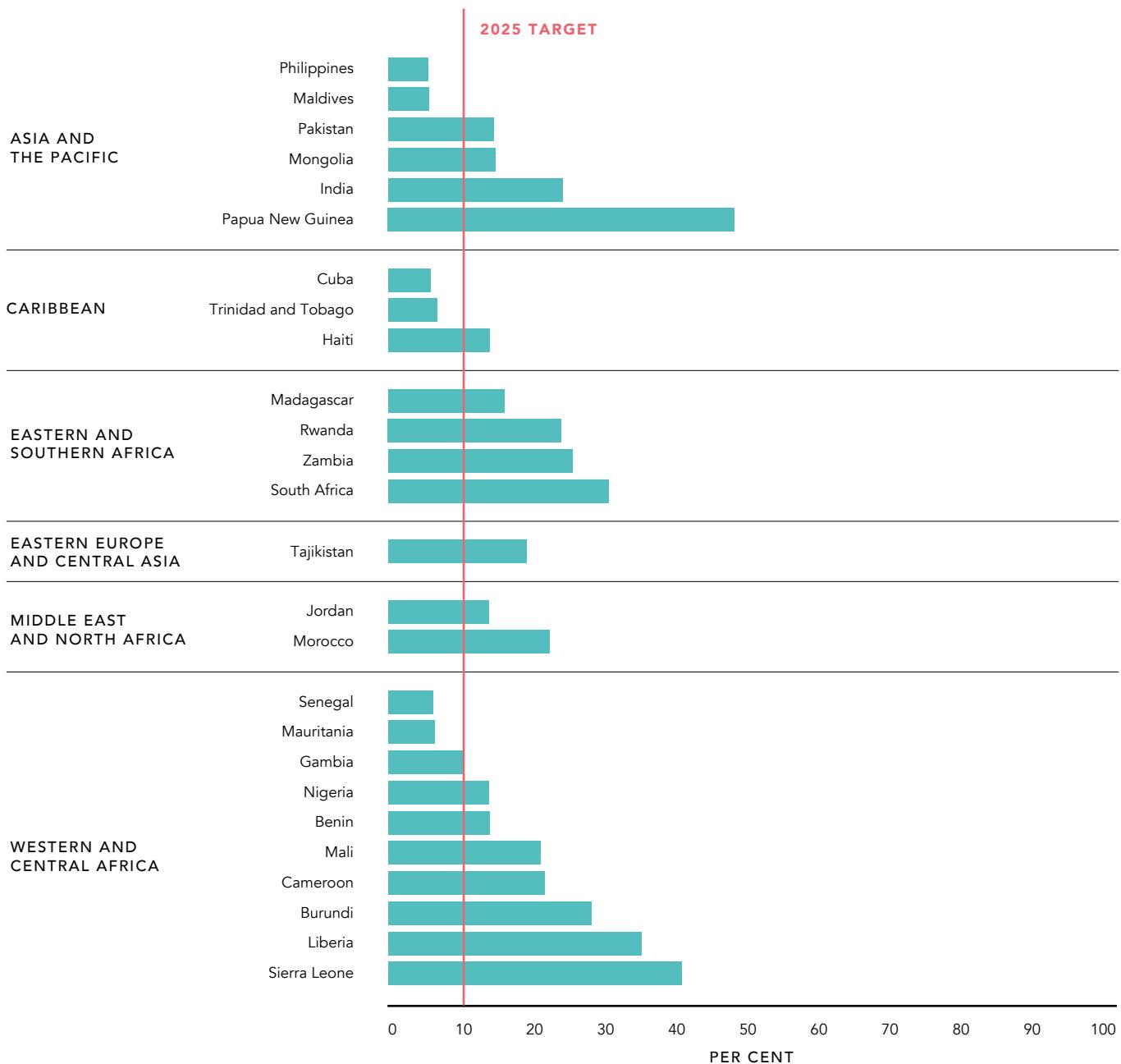


● PREVALENCIA DE VIOLENCIA EN PAREJA INTIMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (%)

Fuente: Estimaciones de la prevalencia de la violencia contra la mujer, 2018: estimaciones de la prevalencia mundial, regional y nacional de la violencia ejercida por la pareja íntima contra la mujer y estimaciones de la prevalencia mundial y regional de la violencia sexual contra la mujer fuera de la pareja. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.

En 26 países con datos disponibles entre el 2017 y 2021, el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas o en pareja que experimentaron violencia sexual o física en pareja en el último año osciló entre el 5.5% en Filipinas y el 47.6% en Papua Nueva Guinea (Figura 1.24). En 20 de los 26 países con datos, más del 10% de las mujeres casadas o en pareja experimentaron violencia de pareja íntima en los últimos 12 meses.

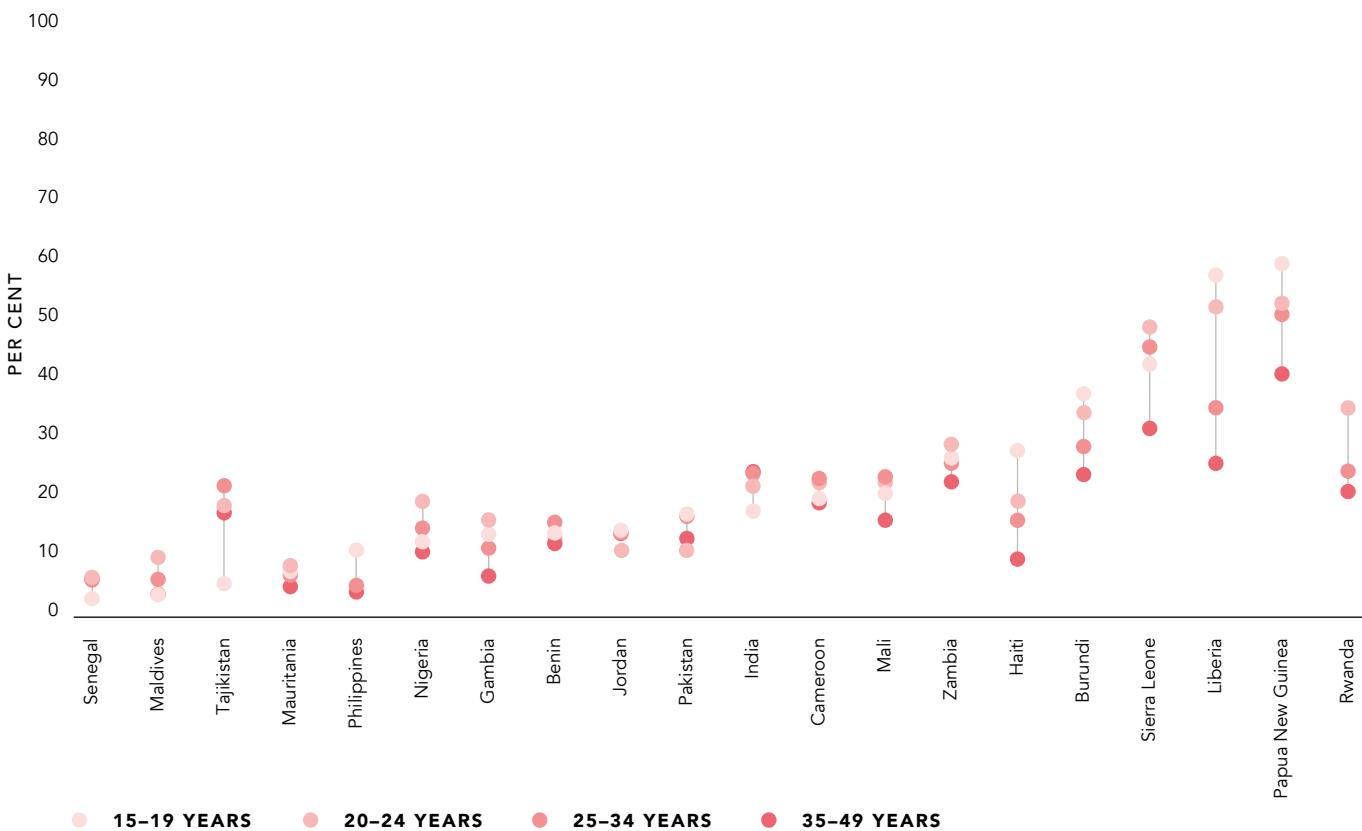
FIGURA 1.24 Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de 15 a 49 años que han experimentado violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, países con datos disponibles, 2017-2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017–2021.

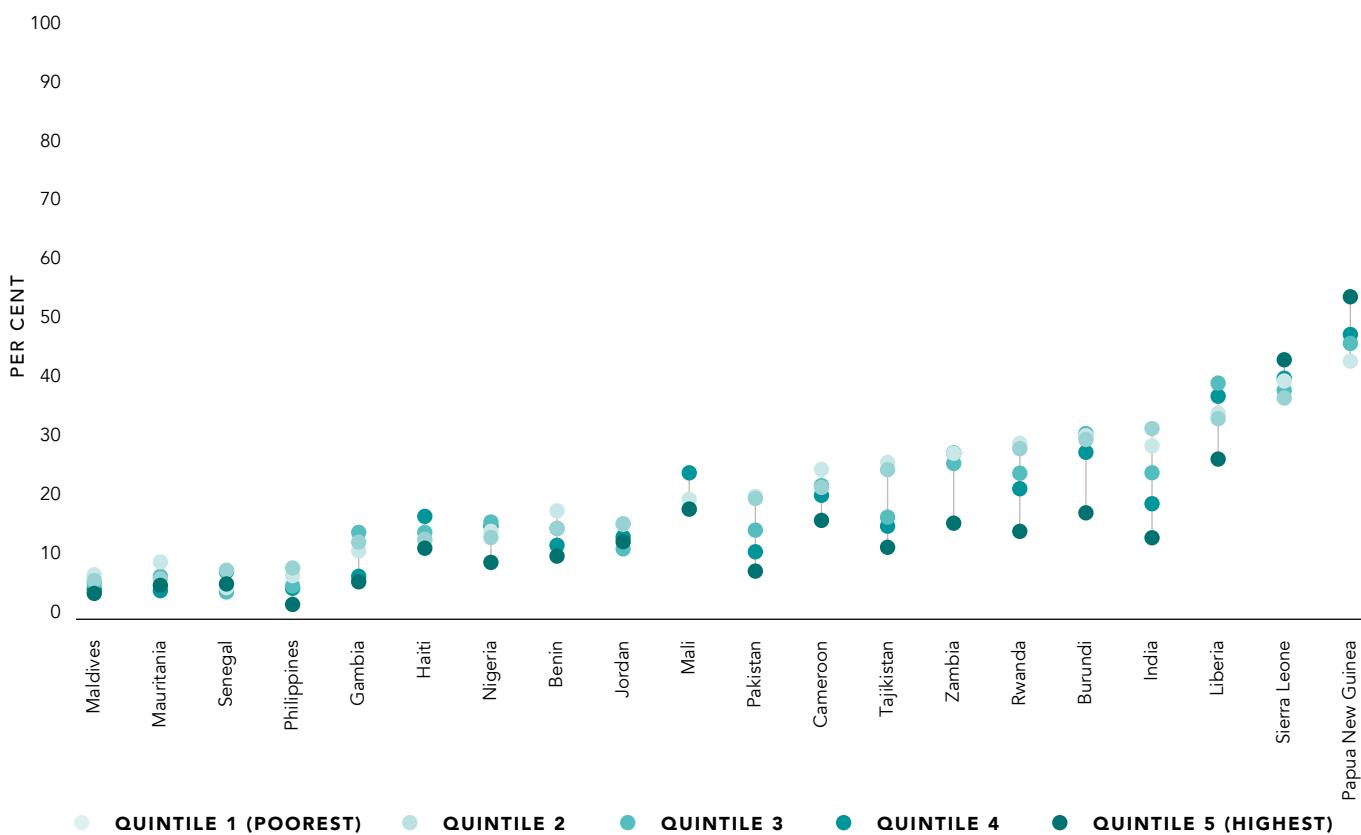
Los datos de 20 países indican que las diferencias por características, como el nivel de educación, el quintil de riqueza y el lugar de residencia, para las mujeres que sufren violencia por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses varían mucho entre los países (Figura 1.25, 1.26, 1.27).

FIGURA 1.25 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez se casaron o tuvieron pareja y que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, por grupo de edad, países con datos disponibles, 2017 a 2021



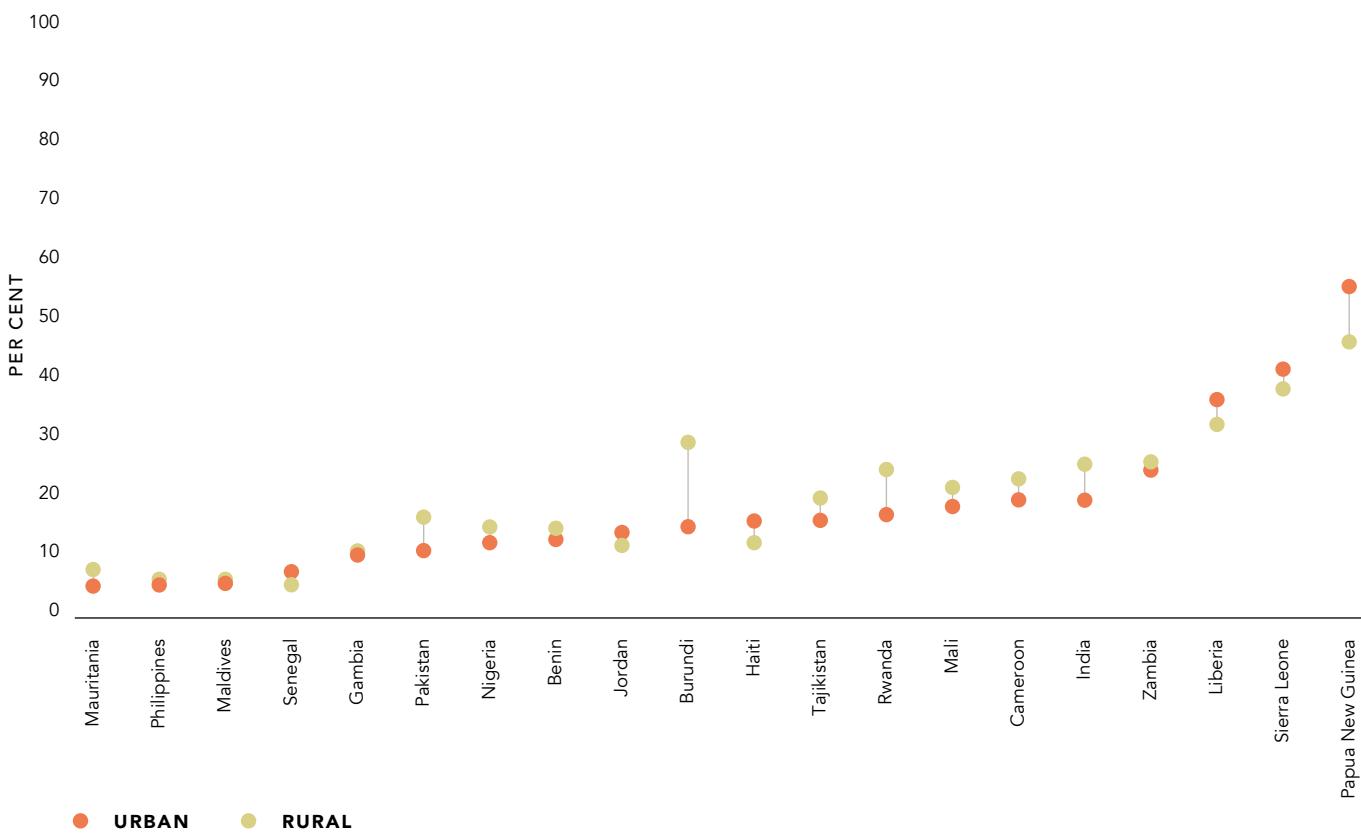
Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017-2021

FIGURA 1.26 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que alguna vez se casaron o tuvieron pareja que sufrieron violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, por quintil de riqueza, países con datos disponibles, 2017-2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017-2021.

FIGURA 1.27 Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que han experimentado violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, por lugar de residencia, países con datos disponibles, 2017 a 2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017-2021

SUB-OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: REDUCIR A NO MÁS DEL 10% LAS POBLACIONES CLAVE QUE EXPERIMENTARON VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA EL 2025.

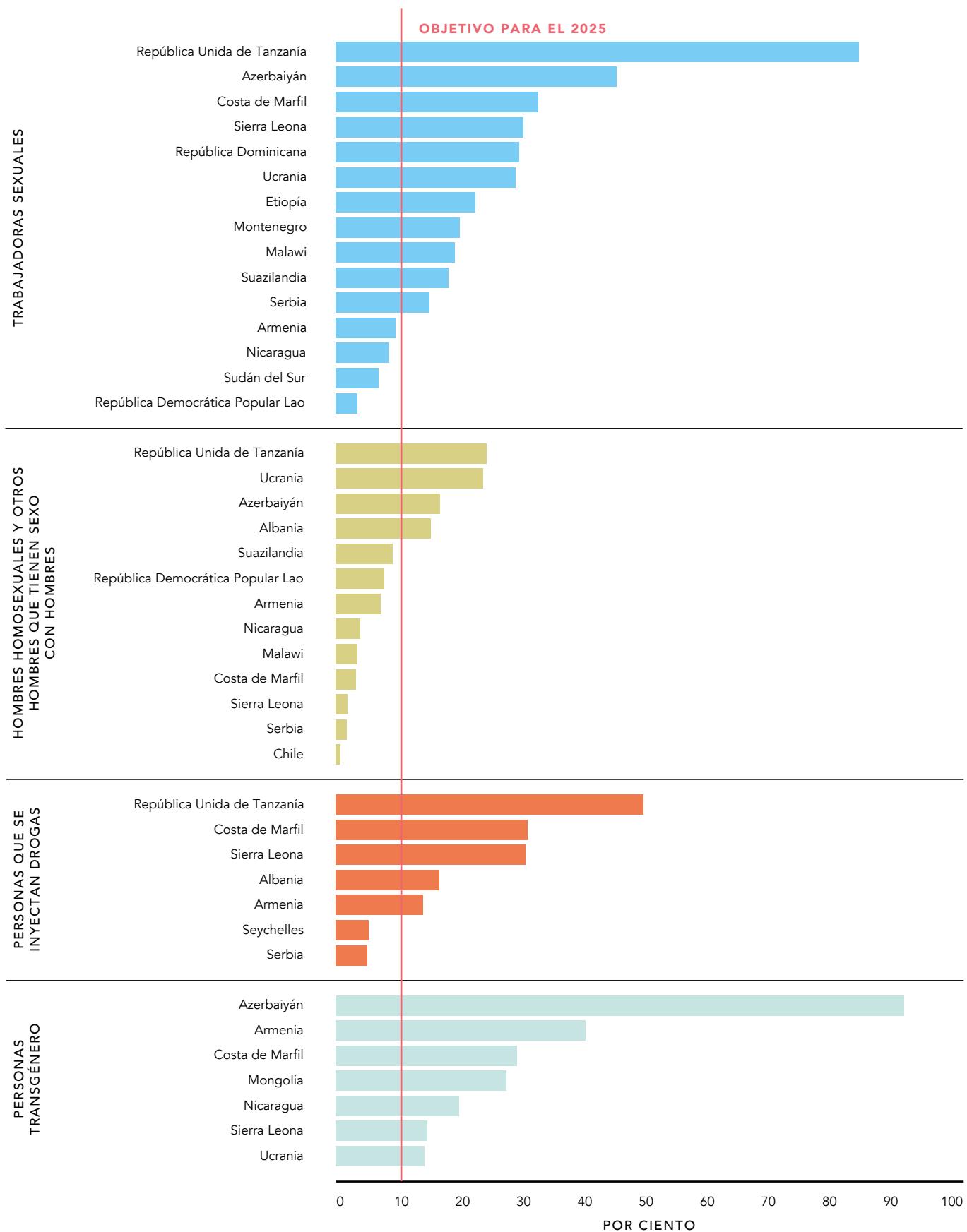
Datos recientes muestran grandes diferencias en las experiencias de violencia entre las poblaciones clave (Figura 1.28). En promedio, más de una de cada cuatro personas transgénero experimentó violencia en los últimos 12 meses (siete países informantes). Lo mismo ocurre con uno de cada cinco trabajadoras sexuales (15 países informantes), una de cada seis personas que se inyectan drogas (siete países informantes) y uno de cada 14 hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (13 países informantes). Además, una alta proporción de mujeres que consumen drogas sufren de violencia psicológica o física por parte de sus parejas, lo que denota vulnerabilidad basada en el género y la necesidad de enfoques basados en el género para las intervenciones de reducción del daño (3).

FIGURA 1.28 Poblaciones clave que informan haber experimentado violencia física

Anna, una mujer transgénero de Uganda. Kigali, Ruanda, diciembre de 2019.

y/o sexual en los últimos 12 meses, países con datos disponibles, 2017–2021

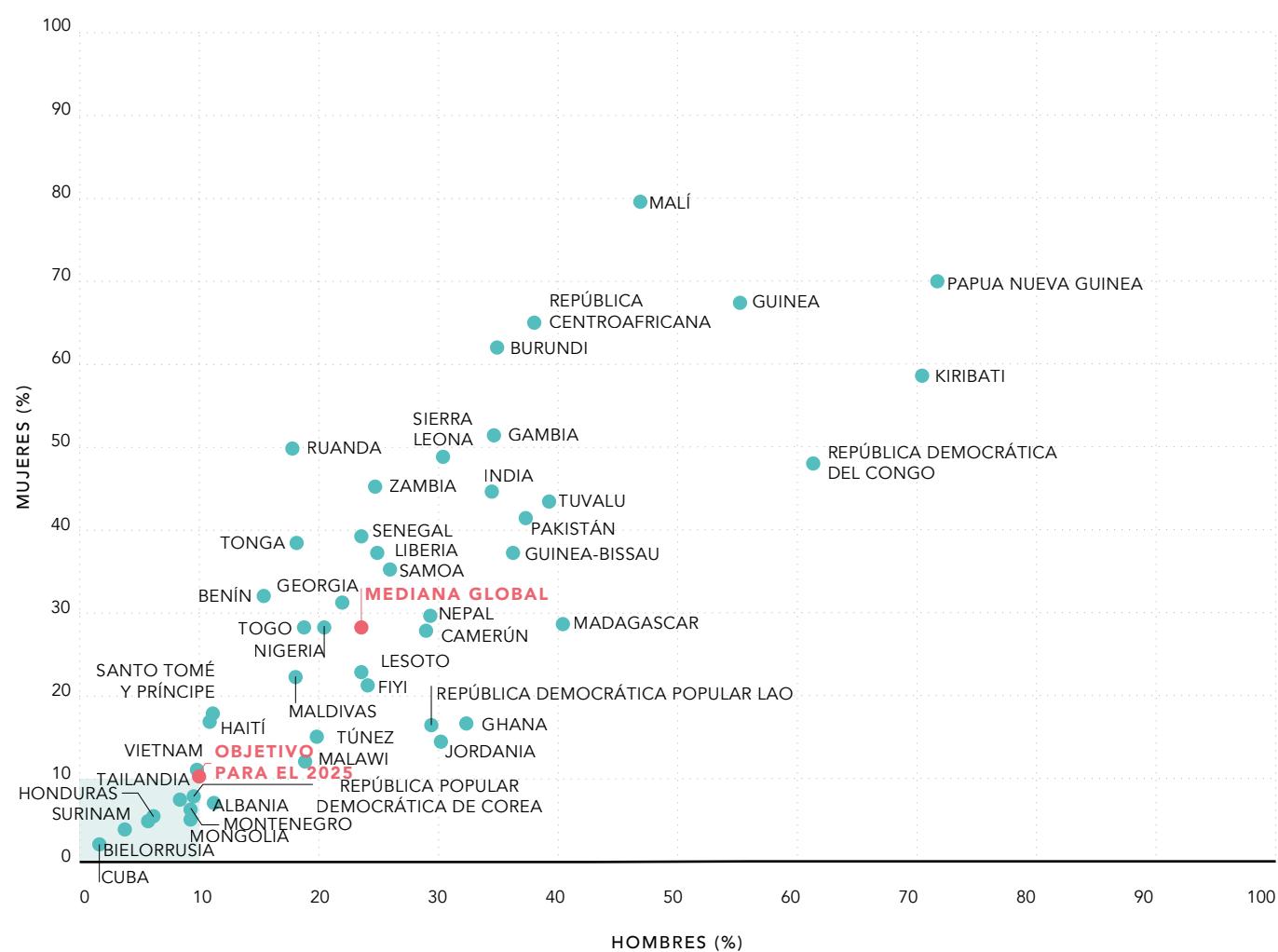
Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



SUBMETA DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: REDUCIR A NO MÁS DEL 10% EL NÚMERO DE PERSONAS QUE APOYAN NORMAS DE DESIGUALDAD DE GÉNERO PARA EL 2025.

Según los datos de encuestas en 46 países entre hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad, una mediana del 28.3% de las mujeres y el 23.9% de los hombres dijeron que está justificado que un esposo golpee a su esposa por una razón específica (Figura 1.29).⁴ La prevalencia de tales actitudes es sustancialmente mayor que el objetivo para el 2025 de asegurar normas de desigualdad de género entre no más del 10% de las personas.

FIGURA 1.29 Porcentaje de hombres y mujeres (de 15 a 49 años de edad) que están de acuerdo en que el esposo está justificado para golpear a su esposa por una razón específica.^a Países con datos disponibles, 2017–2021



^a Las razones específicas incluyen: si ella sale sin decírselo, si ella descuida a los niños, si discute con él, si ella se niega a tener sexo con él o si quema la comida.

Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017–2021, países con datos disponibles.

4 Las razones incluyen si la esposa sale de la casa sin decirle al esposo, si descuida a los niños, si discute con él, si se niega a tener sexo con él o si quema la comida.

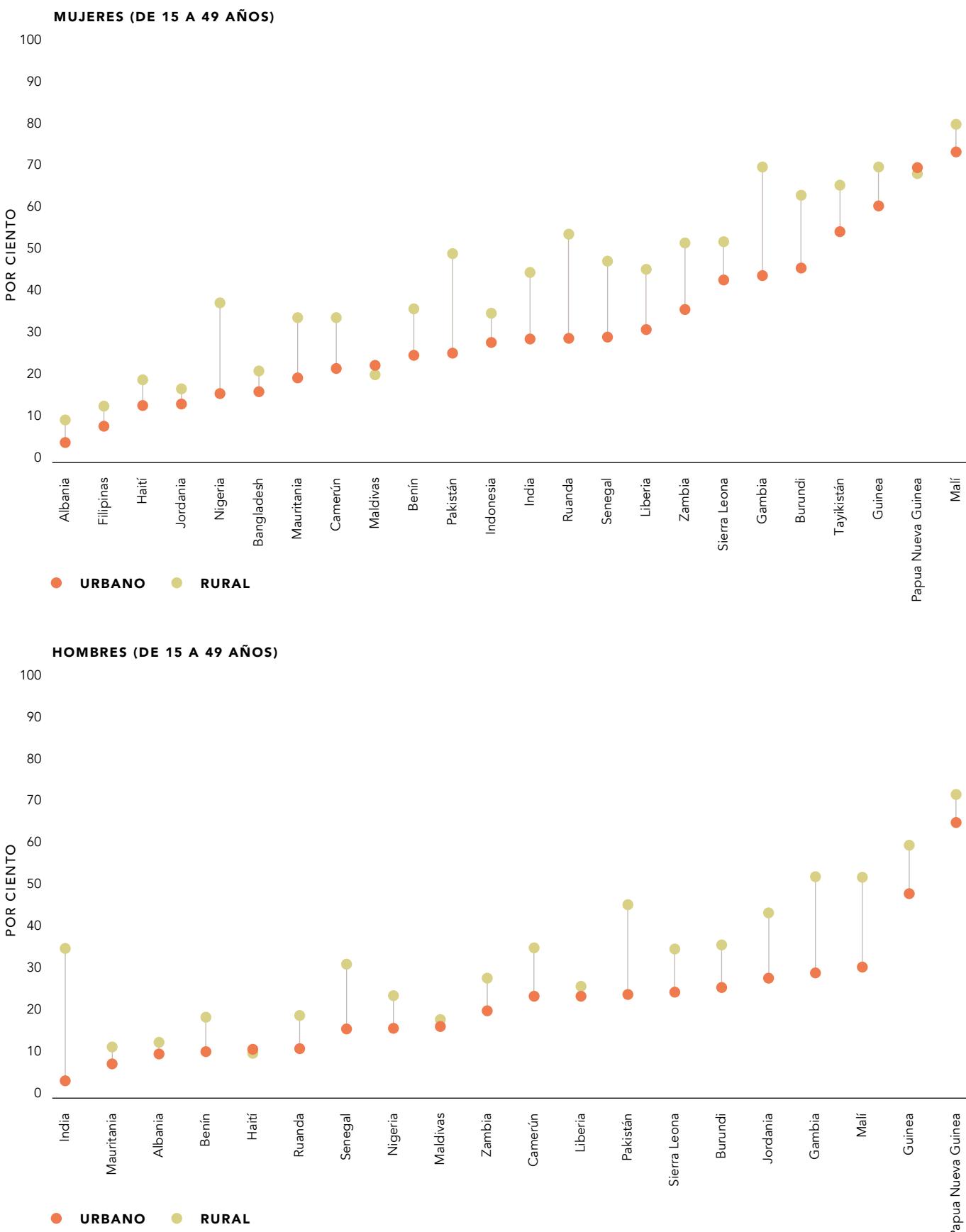
Ocho países (Bielorrusia, Cuba, la República Popular Democrática de Corea, Honduras, Mongolia, Montenegro, Surinam y Tailandia) han alcanzado el objetivo del 10% para el 2025. Entre los 46 países con datos disponibles sobre las actitudes de los hombres, el porcentaje de hombres que están de acuerdo en que un esposo está justificado para golpear a su esposa por razones específicas osciló entre el 1.7% en Cuba y el 71.9% en Papua Nueva Guinea. Entre los 61 países con datos disponibles sobre las actitudes de las mujeres, el porcentaje de mujeres que dicen que está justificado que un esposo golpee a su esposa por razones específicas osciló entre el 1.6% en Serbia y el 79.4% en Malí.

Entre los hombres en 15 de los 20 países con datos disponibles, los hombres más jóvenes y los niños (de 15 a 19 años de edad) tenían más probabilidades de creer que el esposo está justificado para golpear a su esposa por razones específicas que los hombres mayores (de 35 a 49 años). Las personas del quintil más bajo de riqueza y las que viven en zonas rurales tienen más probabilidades de responder afirmativamente que las personas del quintil más alto de riqueza y las que viven en zonas urbanas, respectivamente (Figura 1.30).



Lineo Tsikoane, abogado y defensor de la igualdad de género. Noviembre de 2019, Lesoto.

FIGURA 1.30 Porcentaje de personas (de 15 a 49 años de edad) que están de acuerdo en que el esposo está justificado para golpear a su esposa*, por sexo y lugar de residencia, países con datos disponibles, 2017–2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017–2021.

^aPor lo menos una razón específica. Las razones específicas incluyen: si ella sale sin decirle, si ella descuida a los niños, si ella discute con él, si ella se niega a tener sexo con él, si ella quema la comida.

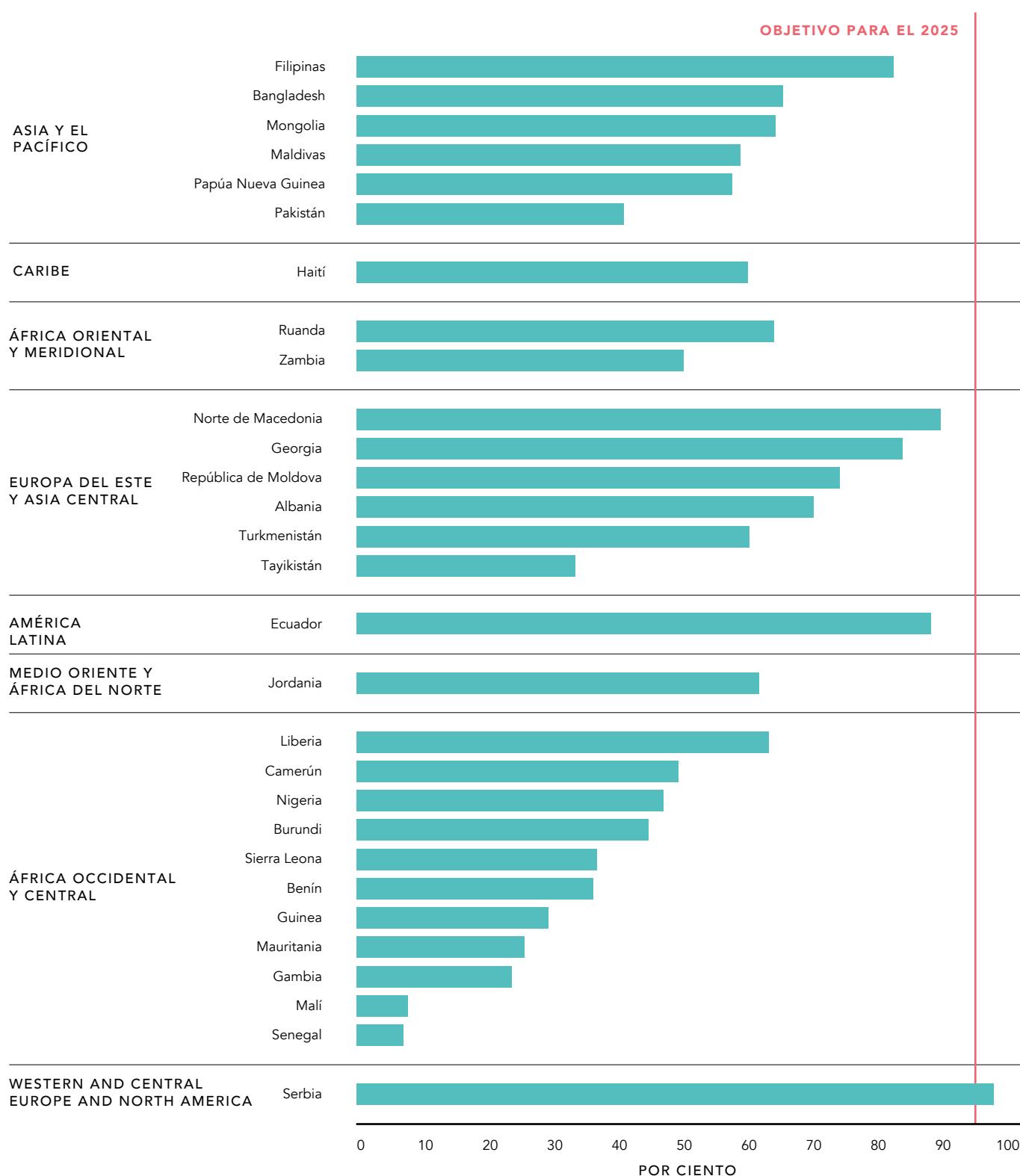
OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE EL 95% DE LAS MUJERES Y NIÑAS EN EDAD REPRODUCTIVA TENGAN SATISFECHAS SUS NECESIDADES DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DEL VIH, INCLUYENDO ATENCIÓN PRENATAL Y MATERNA, INFORMACIÓN Y CONSEJERÍA.

En las encuestas basadas en la población realizadas en 29 países entre el 2017 y 2021, en promedio, sólo el 58% de las mujeres de 15 a 49 años de edad que están actualmente en unión y usan anticonceptivos informaron haber tomado sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y su propia atención de salud (Figura 1.31). En el África subsahariana, hogar del 74% de las mujeres recién infectadas por VIH en el 2021, las mujeres luchan por que se respeten sus derechos a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en 10 de los 11 países de África occidental y central, menos de la mitad de las mujeres encuestadas informaron que podían tomar sus propias decisiones con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y su propia atención médica.



FIGURA 1.31 Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente están casadas o en unión y que usan anticonceptivos y toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y su propia atención de la salud, países con datos disponibles, 2017-2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017–2021; Base de datos mundial del UNFPA [base de datos]. UNFPA; c2022 (<https://www.unfpa.org/data>).

LIDERAZGO COMUNITARIO

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE LAS ORGANIZACIONES DIRIGIDAS POR LA COMUNIDAD PRESTEN EL 30% DE LOS SERVICIOS DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO, CON UN ENFOQUE EN LAS PRUEBAS DEL VIH, LA VINCULACIÓN CON EL TRATAMIENTO, EL APOYO PARA LA ADHERENCIA Y RETENCIÓN, Y LA ALFABETIZACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO PARA EL 2025.

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE LAS ORGANIZACIONES DIRIGIDAS POR LA COMUNIDAD PRESTEN EL 80% DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH A LAS POBLACIONES CON UN ALTO RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH, INCLUYENDO LAS MUJERES DE ESAS POBLACIONES, PARA EL 2025.

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE LAS ORGANIZACIONES DIRIGIDAS POR LA COMUNIDAD PRESTEN EL 60% DE LOS PROGRAMAS PARA APOYAR EL LOGRO DE LOS FACILITADORES SOCIALES PARA EL 2025.

La Estrategia mundial contra el sida sitúa a las comunidades en el centro de la respuesta al sida, estableciendo objetivos concretos para la proporción de servicios y programas de prevención, pruebas y tratamiento del VIH dirigidos por la comunidad, a fin de apoyar el logro de los facilitadores sociales. Dado que los sistemas de vigilancia existentes generalmente no rastrean la proporción de servicios y programas prestados por organizaciones dirigidas por la comunidad, ONUSIDA actualmente está examinando opciones y consultando con las partes interesadas sobre el desarrollo de métricas para dar seguimiento del progreso hacia los objetivos 30–80–60.

ONUSIDA está modificando sus sistemas de seguimiento de los recursos relacionados con el VIH para identificar claramente los flujos de financiación y los gastos de las organizaciones dirigidas por la comunidad. Esta información puede ser captada como parte de las Evaluaciones Nacionales de Gasto en sida o como ejercicios independientes realizados por organizaciones dirigidas por la comunidad o por expertos externos. Estos ejercicios independientes tienen como objetivo captar el trabajo no remunerado, las donaciones en especie y los gastos estándar del programa (como salarios y productos básicos). Los proyectos piloto para los ejercicios independientes se encuentran en sus etapas iniciales, con la expectativa de que generarán una prueba de concepto e informarán la orientación normativa sobre la implementación, que guiará el ciclo mundial de informes del 2023. Los datos más claros sobre los recursos para los servicios y programas dirigidos por la comunidad ayudarán a la planificación y la movilización de recursos por parte de los donantes, los gobiernos nacionales y subnacionales y las propias organizaciones dirigidas por la comunidad.

La información limitada disponible actualmente sugiere que se necesita un trabajo considerable para alcanzar el objetivo de prestación de servicios dirigidos por la comunidad del 80% para los servicios de prevención del VIH destinados a las poblaciones clave.⁵ En los países con datos disponibles para el 2019–2021, las organizaciones dirigidas por las poblaciones clave llegaron al 40% de las trabajadoras sexuales (35 países), al 31% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (35 países), al 26% de las personas que se inyectan drogas (26 países) y al 37% de las personas transgénero (17 países) con intervenciones de prevención diseñadas para ellos.

Las organizaciones dirigidas por las poblaciones clave también proporcionaron el 19% de todas las agujas y jeringas distribuidas en los 12 meses anteriores en 35 países con datos disponibles entre el 2019 y 2021. En 18 países que informaron sobre el número de personas que se inyectan drogas que recibieron terapia de sustitución de opioides, no se informó de la provisión por parte de organizaciones dirigidas por las poblaciones clave.

Se justifica cierta cautela al interpretar los datos sobre los servicios de prevención dirigidos por la comunidad para poblaciones clave: los valores informados hasta la fecha sobre estos indicadores pueden subestimar las intervenciones de prevención, dependiendo de los mecanismos de comparación y recopilación de datos disponibles en cada país.

⁵ Los mecanismos existentes en el marco del Sistema Mundial de Vigilancia del sida para monitorear la proporción de servicios de prevención del VIH prestados por organizaciones dirigidas por las poblaciones clave se describen en el Capítulo 5 (pág 33–35) del Marco de Vigilancia Mundial del sida, 2022–2026: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_GAM_Framework_2022_EN.pdf.

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE MENOS DEL 10% DE LOS PAÍSES CUENTEN CON MARCOS JURÍDICOS Y DE POLÍTICAS RESTRICTIVAS QUE SE DIRIJAN INJUSTAMENTE A LAS PERSONAS QUE VIVEN, CORREN EL RIESGO DE CONTRAER Y ESTÁN AFECTADAS POR EL VIH, COMO LAS LEYES SOBRE LA EDAD DE CONSENTIMIENTO Y LAS LEYES RELATIVAS A LA NO DIVULGACIÓN, EXPOSICIÓN Y TRANSMISIÓN DEL VIH, LAS QUE IMPONGAN RESTRICCIONES DE VIAJE RELACIONADAS CON EL VIH Y LAS PRUEBAS OBLIGATORIAS, O LAS QUE CONDUCE A LA DENEGACIÓN O LIMITACIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS.

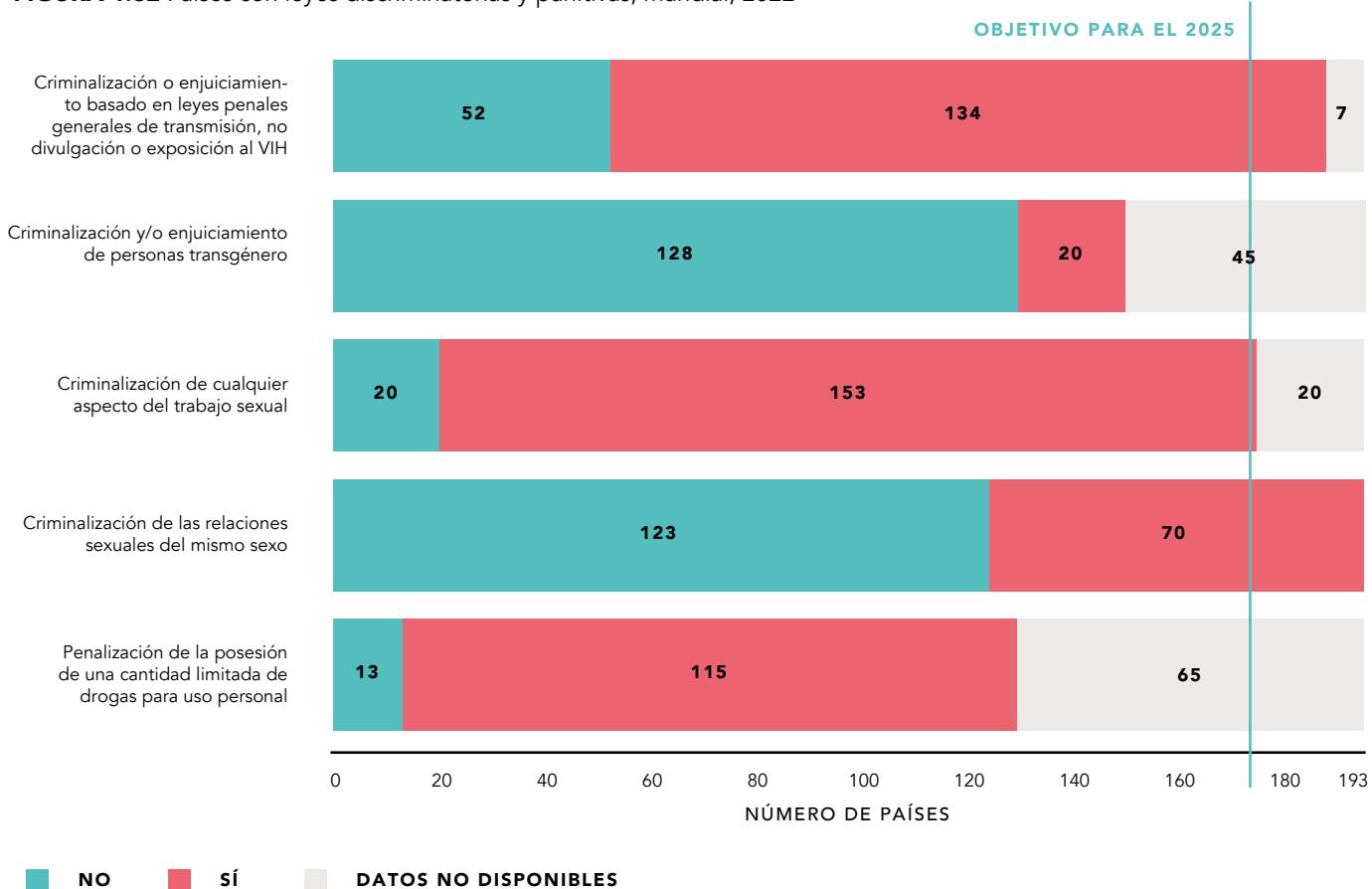
HACER REALIDAD LOS DERECHOS HUMANOS Y ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

GLOBAL AIDS STRATEGY SUB-SUBOBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LOS PAÍSES CRIMINALIZAN EL TRABAJO SEXUAL, LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS, EL COMPORTAMIENTO SEXUAL ENTRE PERSONAS DEL MISMO SEXO Y LA TRANSMISIÓN, LA EXPOSICIÓN O LA NO DIVULGACIÓN DEL VIH PARA EL 2025.

El mundo no está en camino de garantizar que menos del 10% de los países tengan entornos legales y políticos punitivos (Figura 1.32). Sólo con respecto a la criminalización de las personas transgénero o las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, la mayoría de los países carecen de leyes punitivas: la mayoría de los países aún criminalizan al menos un aspecto del trabajo sexual, la posesión de una pequeña cantidad de drogas para uso personal y la transmisión, exposición o no divulgación del VIH.

Sin embargo, en los últimos años se han logrado algunos avances. El porcentaje de la población mundial que vive en una jurisdicción que criminaliza las relaciones sexuales entre las personas del mismo sexo ha disminuido notablemente, un país y una provincia despenalizaron el trabajo sexual en el 2022 (ver el artículo de Bélgica y Australia en el capítulo 3), y varios países han tomado medidas para derogar las leyes que penalizan la transmisión, exposición o no divulgación del VIH. Dos nuevos países, Mozambique y Uganda, también comenzaron a implementar programas de terapia de sustitución de opioides en el 2020 (4).

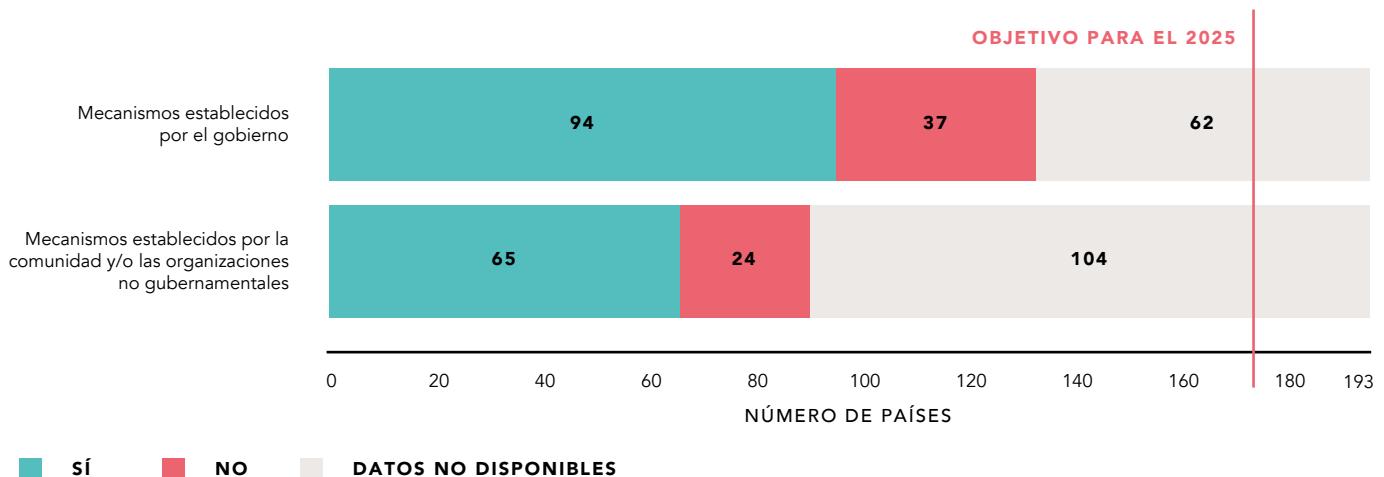
FIGURA 1.32 Países con leyes discriminatorias y punitivas, mundial, 2022



SUBMETA DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LOS PAÍSES CARECEN DE MECANISMOS PARA QUE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y LAS POBLACIONES CLAVE DENUNCIEN EL ABUSO Y LA DISCRIMINACIÓN Y BUSQUEN COMPENSACIÓN PARA EL 2025.

Se necesitan cambios marcados en los enfoques jurídicos y políticos nacionales para permitir que todas las personas que viven con VIH y las poblaciones clave que sufren abusos y discriminación busquen compensación (Figura 1.33). En el 2021, 107 países (o el 61% de los países) tenían mecanismos establecidos por el gobierno o por organizaciones comunitarias o no gubernamentales para ayudar a las personas a presentar quejas y buscar compensación por discriminación basada en la percepción del estado serológico o por pertenecer a cualquier población clave. Noventa y cuatro países (54% de los países) cuentan con mecanismos establecidos por el gobierno y 65 países (37% de los países) cuentan con mecanismos establecidos por la comunidad u organizaciones no gubernamentales para denunciar sobre casos de discriminación y buscar compensación.

FIGURA 1.33 Países con mecanismos establecidos para registrar y abordar los casos de discriminación relacionados con el VIH, 2017-2022



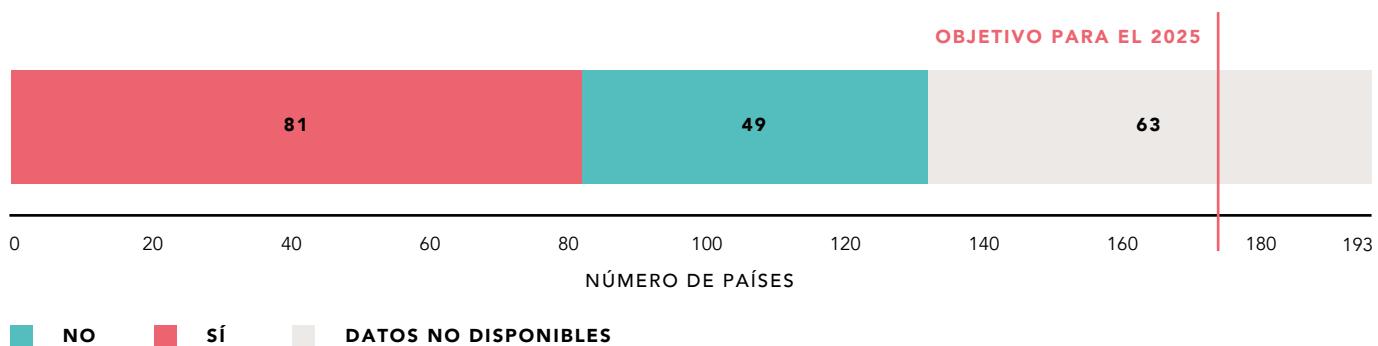
Fuente: Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2017-2022.

SUBMETA DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y LAS POBLACIONES CLAVE CARECEN DE ACCESO A SERVICIOS LEGALES PARA EL 2025.

Una gran proporción de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave aún carecen de acceso al apoyo legal que necesitan para proteger sus derechos. En 2017–2022, el 41% de los países, que contenían aproximadamente el 78% de todas las personas que vivían con VIH en 2021, informaron contar con mecanismos para que las personas que viven con VIH o las poblaciones clave tuvieran acceso a los servicios legales (Figura 1.34). Según informes de la sociedad civil y la comunidad a ONUSIDA, los principales impedimentos para el acceso a los servicios jurídicos incluyen la falta de un mecanismo operativo (15 países), la incapacidad de los mecanismos existentes para ser sensibles al VIH (21 países), las limitaciones de asequibilidad experimentadas por personas de grupos marginados y afectados (35 países) y falta de conciencia o conocimiento sobre cómo utilizar dichos mecanismos (47 países).

Sólo el 41% de los países informaron tener mecanismos establecidos para que las personas que viven con VIH o las poblaciones clave tuvieran acceso a los servicios legales.

FIGURA 1.34 Países con mecanismos establecidos para acceder a servicios jurídicos asequibles, 2017-2022



Fuente: Instrumento de políticas y compromisos nacionales, 2017-2022.

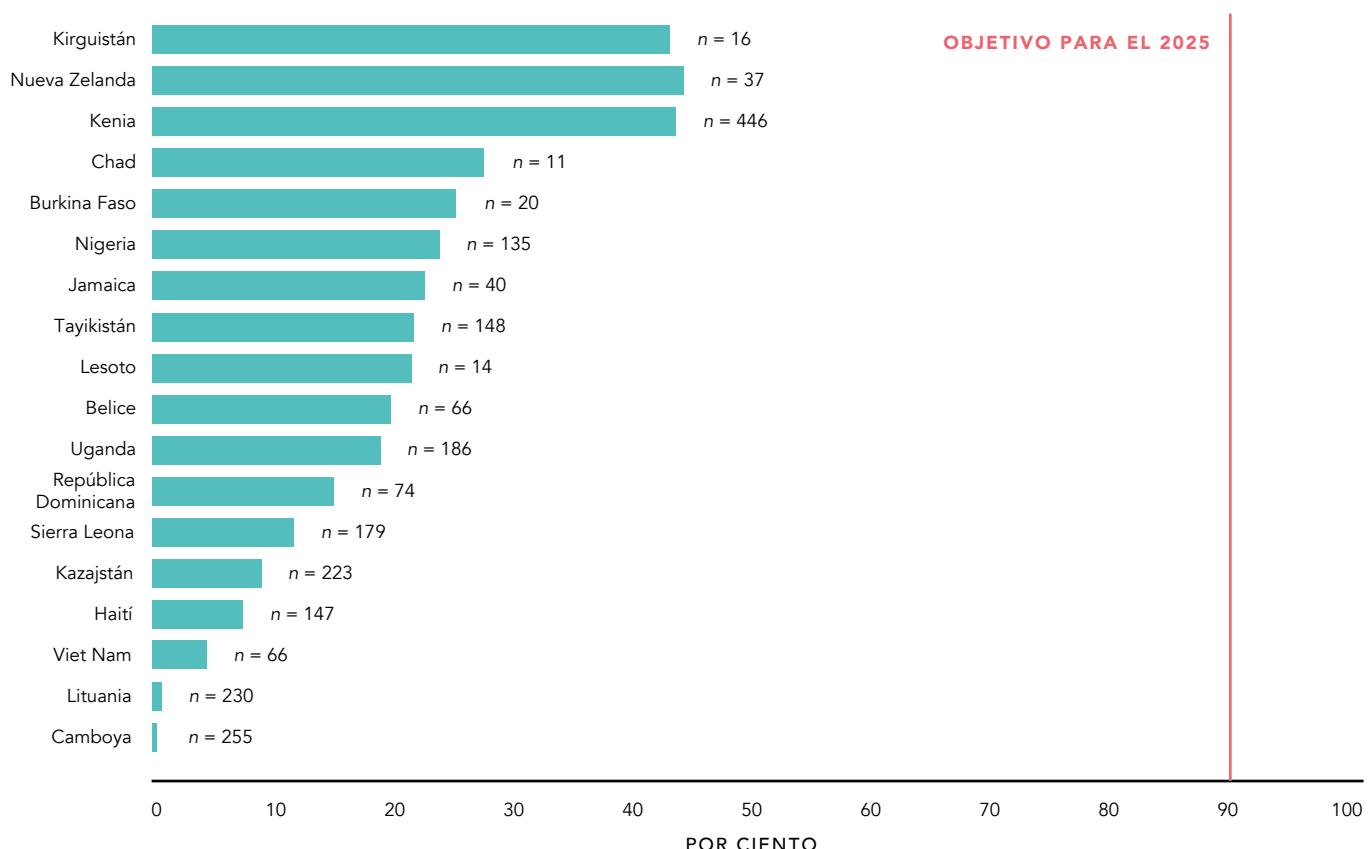
Nota: Se considera que los países cuentan con mecanismos para acceder a los servicios legales si informaron tener sistemas de asistencia legal aplicables al trabajo de casos de VIH y al menos uno de los siguientes: servicios legales pro bono proporcionados por bufetes de abogados privados, servicios legales proporcionados por clínicas legales, paralegales comunitarios u otros.

SUB-OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MÁS DEL 90% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y QUE HAN SUFRIDO ABUSOS DE SUS DERECHOS HAN SOLICITADO COMPENSACIÓN PARA EL 2025.

Los entornos jurídicos hostiles y la disponibilidad insuficiente de servicios legales se traducen en un escaso uso del sistema jurídico para buscar compensación. De acuerdo con las encuestas del Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH realizadas en 18 países entre el 2018 y 2021, menos del 50% de las personas que viven con VIH y que han sufrido abusos de sus derechos en los últimos 12 meses buscaron compensación legal (Figura 1.35). En nueve países, menos de uno de cada cinco buscó compensación legal.

En 18 países con datos disponibles entre el 2018 y 2021, menos del 50% de las personas que viven con VIH y que han sufrido abusos de sus derechos en los últimos 12 meses han buscado compensación legal.

FIGURA 1.35 Porcentaje de personas que viven con VIH que han sufrido abusos de derechos en los últimos 12 meses y que han buscado compensación, países con datos disponibles, 2018-2021



Fuente: Encuestas del Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH, 2018-2021.

Nota: Haber buscado una compensación formal o informal incluye haber realizado al menos una de las siguientes acciones: presentar una denuncia, contactar a un abogado, contactar a un funcionario del gobierno o político, hablar públicamente, contactar a una organización/red comunitaria de personas que viven con VIH para apoyo, o tomado otra acción. La estrategia de muestreo recomendada para la implementación del índice de estigma en personas que viven con VIH es una combinación de muestreo basado en el lugar y muestreo de remisión de cadena limitada. Se aplicaron otras estrategias de muestreo en Belice, República Dominicana, Haití, Jamaica y Nueva Zelanda.

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE MENOS DEL 10% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN, ESTAN EN RIESGO DE CONTRAER Y ESTÁN AFECTADAS POR EL VIH, SUFREN ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, INCLUSO APROVECHANDO EL POTENCIAL DE U = U (INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE).

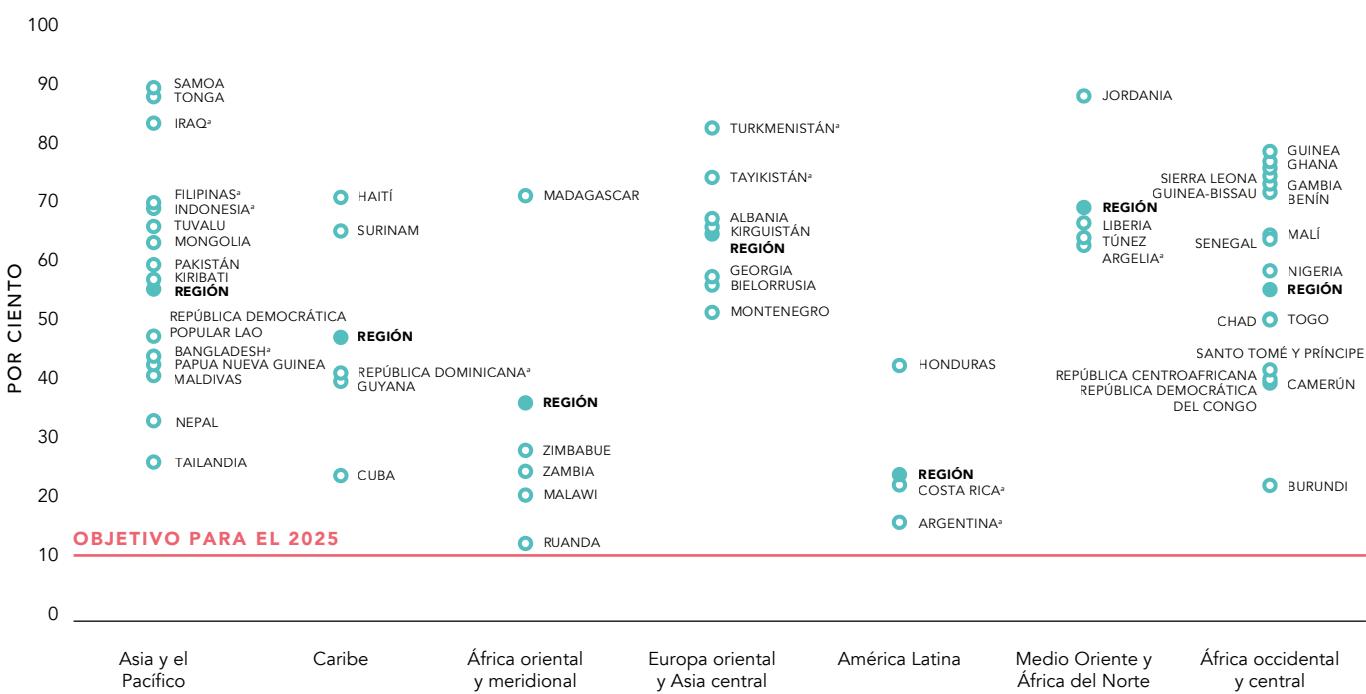
2022

SUB-OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LA POBLACIÓN GENERAL INFORMA DE ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN EL 2025.

Las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH siguen siendo alarmantemente comunes en todas las regiones, a pesar de décadas de promoción y educación. En 55 países con datos de encuestas recientes, una mediana del 59.1% de las personas tienen actitudes discriminatorias, un nivel que es casi seis veces superior al objetivo global para el 2025. En 34 de los 55 países con datos de encuestas de población general en el 2017–2021, más del 50% de las personas encuestadas informaron actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH (Figura 1.36). En 11 países, más del 75% de los encuestados mostraron sentimientos discriminatorios.

En todas las regiones se observa una preocupante prevalencia de actitudes discriminatorias entre el público en general, aunque las proporciones regionales más bajas se observaron en América Latina y en África oriental y meridional. En las encuestas realizadas por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), casi cuatro de cada 10 personas encuestadas en 50 países en el 2021 están, en cierta medida, en contra de permitir que las personas que viven con VIH trabajen directamente con otras personas que no tienen el VIH (5).

FIGURA 1.36 Porcentaje de personas de 15 a 49 años que informan de actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, países con datos disponibles, 2016–2021



* Los datos corresponden únicamente a mujeres de 15 a 49 años de edad.

Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017–2021.

Nota: Las actitudes discriminatorias se miden a través de respuestas "No" a cualquiera de las dos preguntas: (1) ¿Compraría verduras frescas de un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?; y (2) ¿Piensa que los niños que viven con VIH deberían poder asistir a la escuela con niños que son VIH negativos? Los valores regionales son agregados ponderados de datos disponibles de los países de la región.

Las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH son más comunes entre las personas de bajos ingresos y las que viven en zonas rurales, en comparación con las personas del quintil más alto de la riqueza y las que viven en zonas urbanas (Figura 1.37, 1.38, 1.39).

FIGURA 1.37 Porcentaje de personas (de 15 a 49 años de edad) que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por sexo y edad, países con datos disponibles, 2017-2021

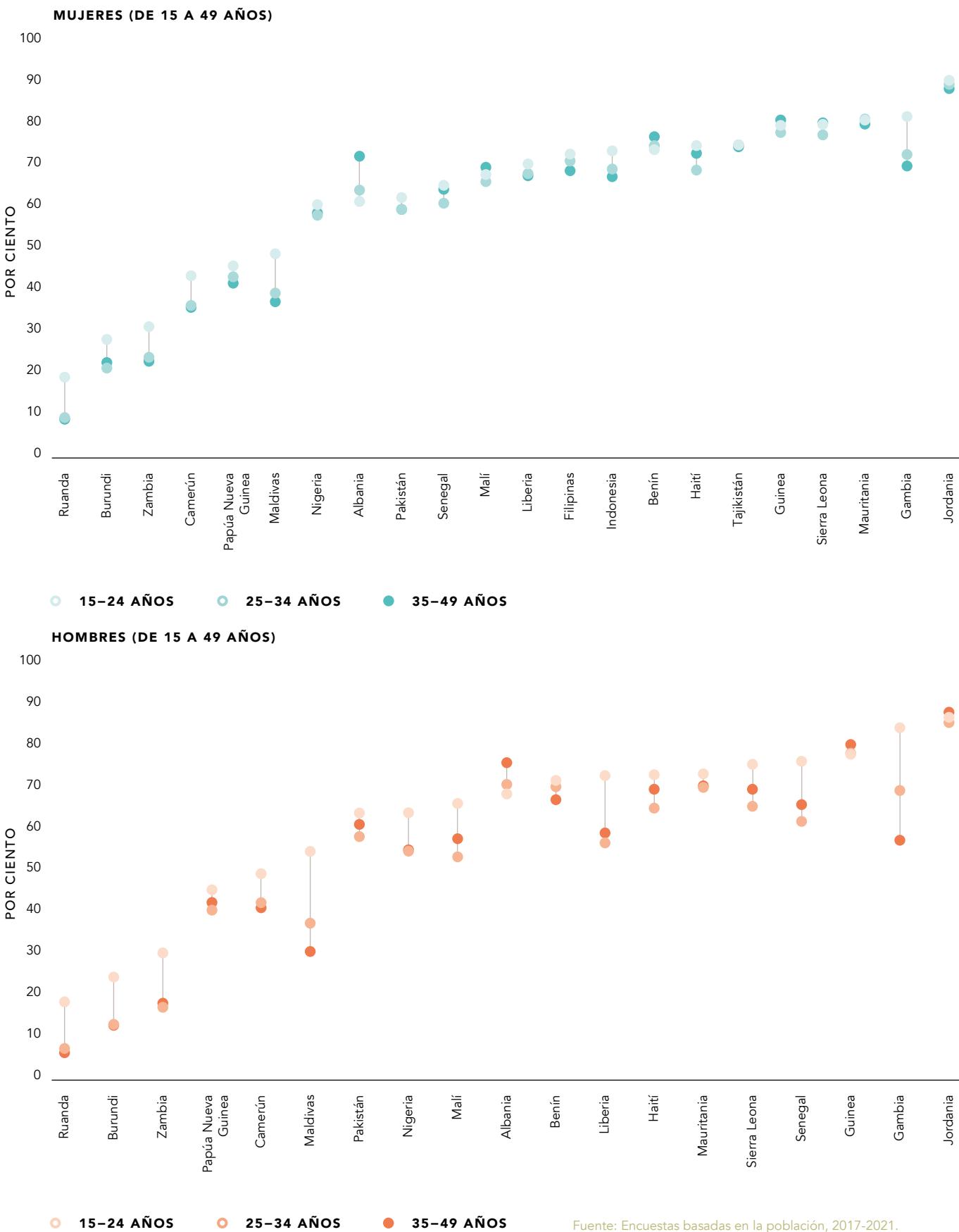


FIGURA 1.38 Porcentaje de personas (de 15 a 49 años de edad) que reportan actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por sexo y lugar de residencia, países con datos disponibles, 2017-2021

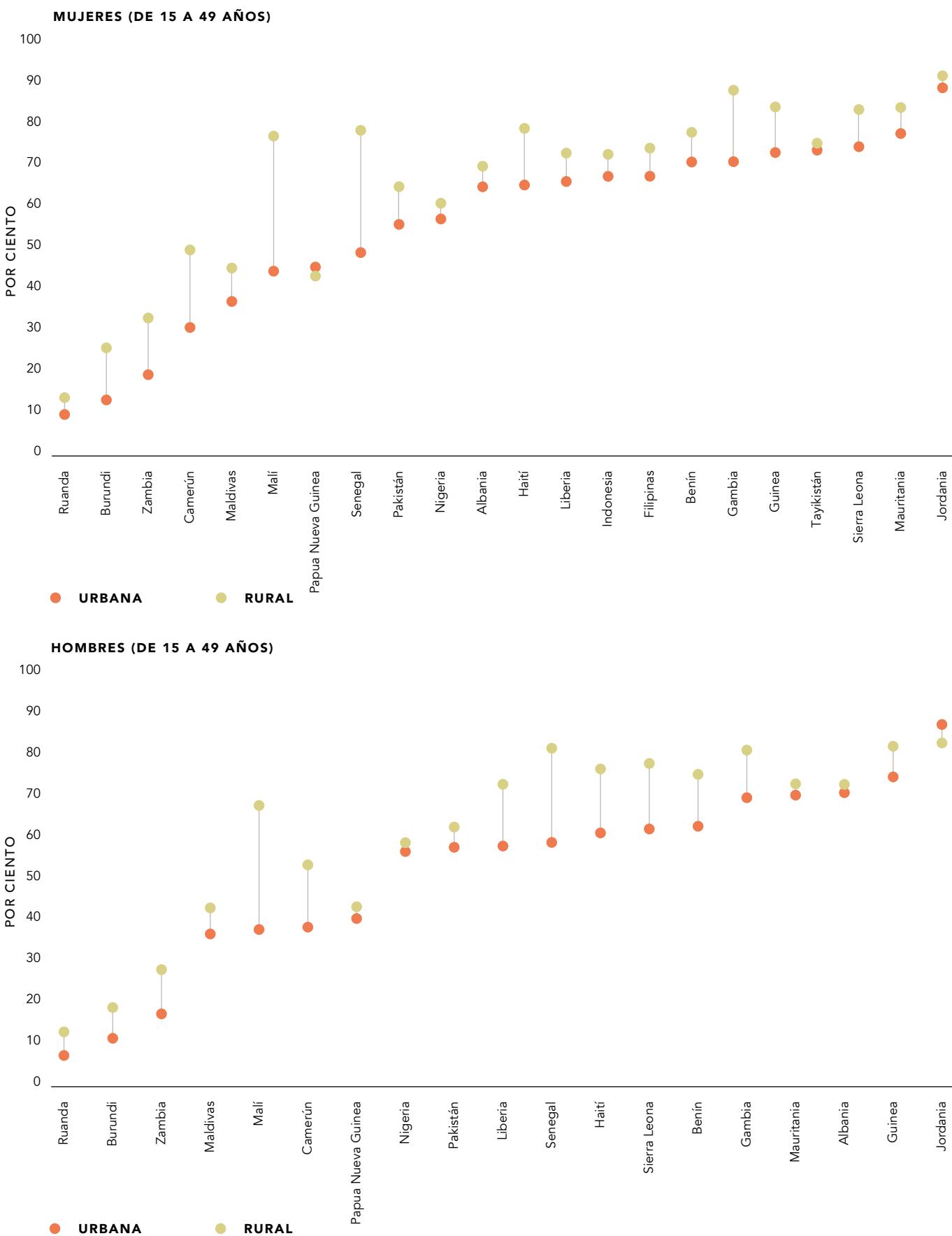
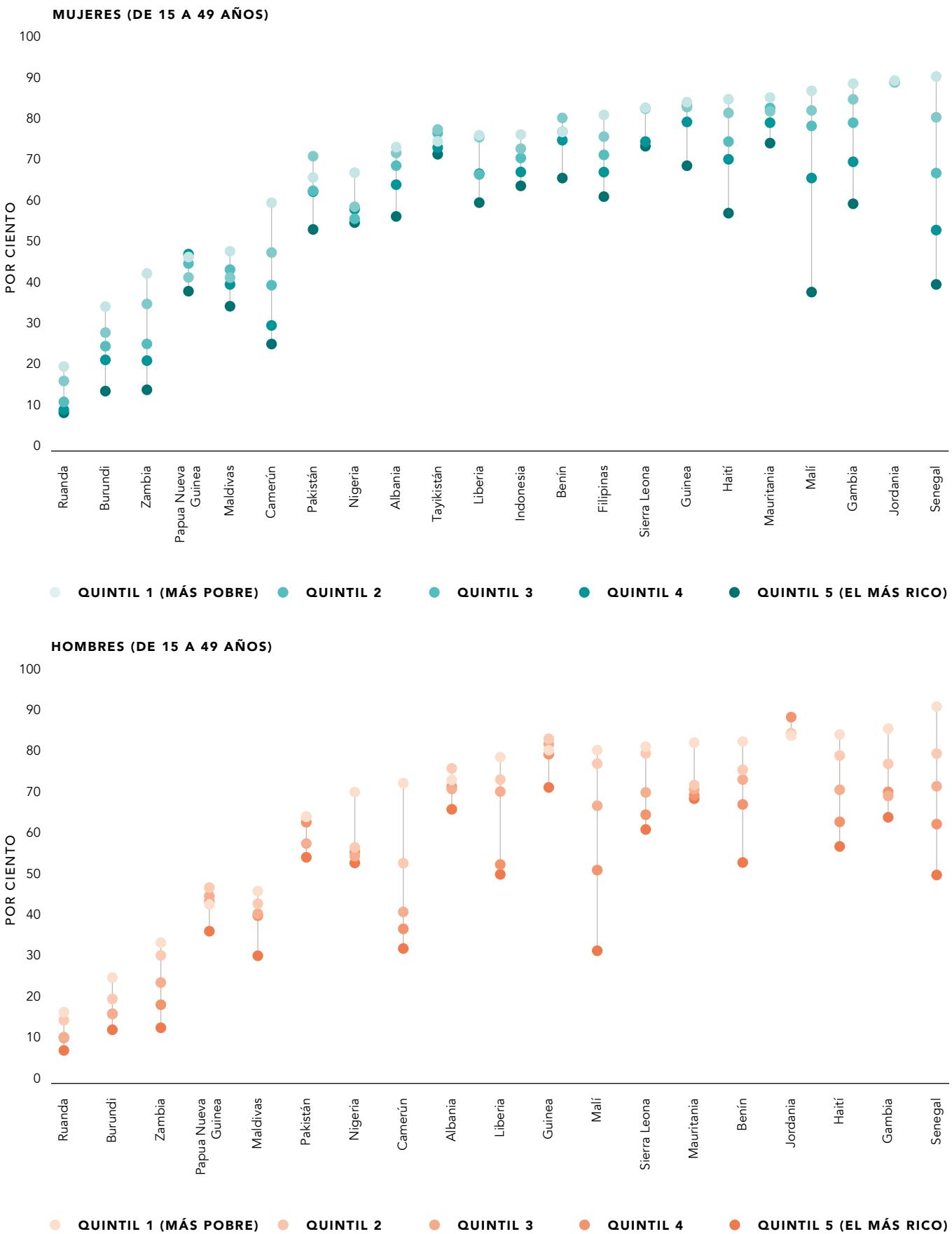


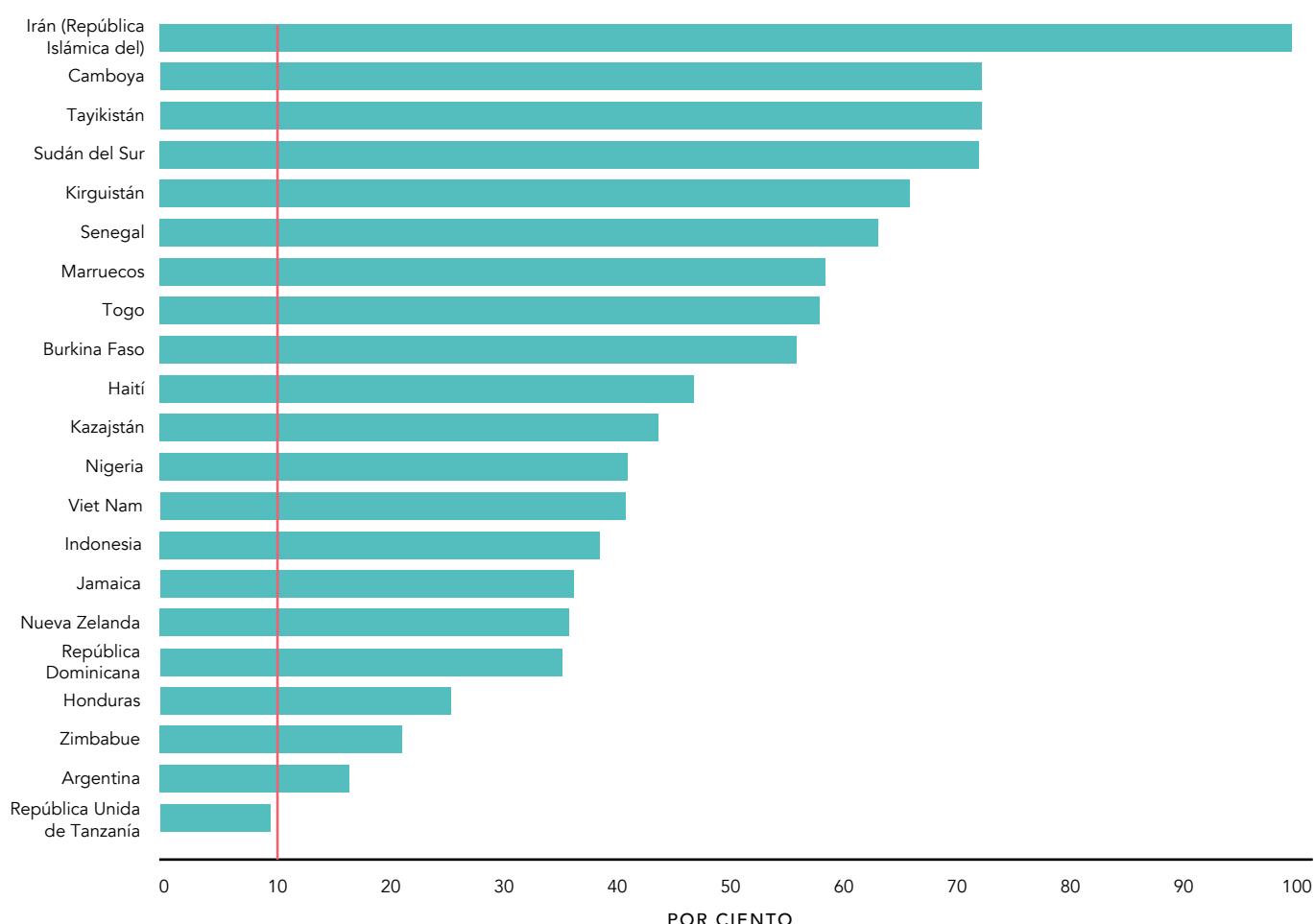
FIGURA 1.39 Porcentaje de personas (de 15 a 49 años de edad) que informan de actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por sexo y riqueza, países con datos disponibles, 2017–2021



SUBOBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DECLARAN UN ESTIGMA INTERNALIZADO EN EL 2025.

La prevalencia del auto estigma entre las personas que viven con VIH (es decir, informar de que uno se siente avergonzado de ser seropositivo) sigue siendo alta en muchos países. En 20 de los 21 países con información pertinente de las encuestas del índice de estigma de personas que viven con VIH realizadas en el 2018–2021, el porcentaje de personas que viven con VIH que informaron sobre el auto estigma superó el objetivo del 10% para el 2025 (Figura 1.40). En nueve de los 21 países, más de la mitad de las personas que viven con VIH encuestadas informaron sentirse avergonzadas de tener VIH.

FIGURA 1.40 Porcentaje de personas que viven con VIH que informan sobre el estigma internalizado, países con datos disponibles, 2017-2021



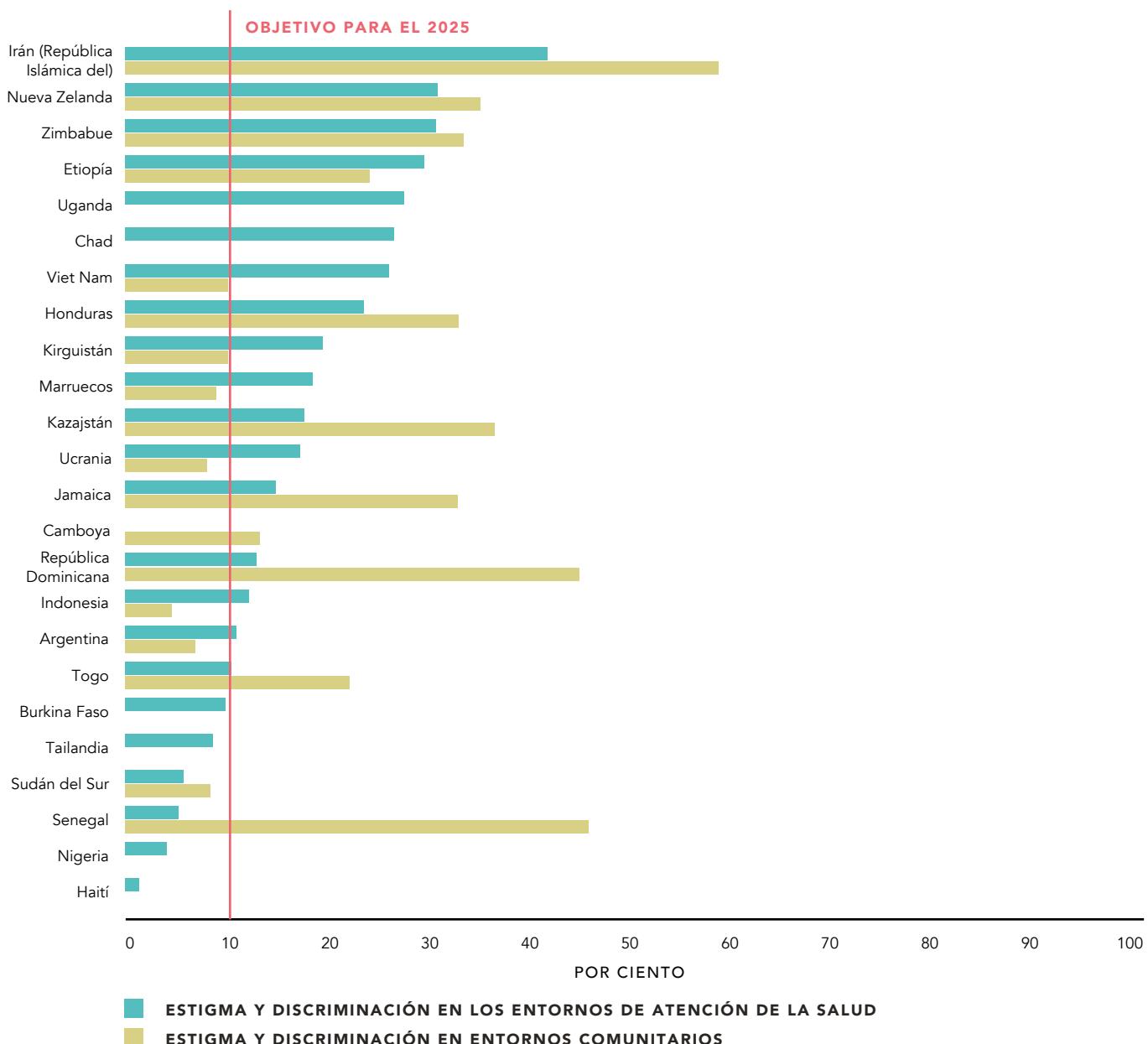
Fuente: Encuestas del Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH, 2018-2021.

Nota: El estigma internalizado se mide como el número de personas que viven con VIH que informan que se sienten avergonzadas de ser seropositivas.

SUBOBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH INFORMAN EXPERIMENTAR ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN LOS ENTORNOS DE ATENCIÓN DE SALUD Y COMUNITARIOS PARA EL 2025.

Uno de los lugares más importantes para crear atmósferas libres de estigma es dentro de los entornos comunitarios y de atención de la salud, donde las personas que viven con VIH deben acudir para recibir servicios y apoyo que salvan vidas. Según encuestas realizadas entre el 2017–2021, más del 10% de las personas que viven con VIH experimentan estigma y discriminación en entornos comunitarios en 13 de 18 países y en entornos de atención de la salud en 17 de 23 países (Figura 1.41).

FIGURA 1.41 Porcentaje de personas que viven con VIH que sufrieron estigma y discriminación en entornos comunitarios y de atención de la salud, países con datos disponibles, 2018-2021



Fuente: Encuestas del Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH, 2018-2021.

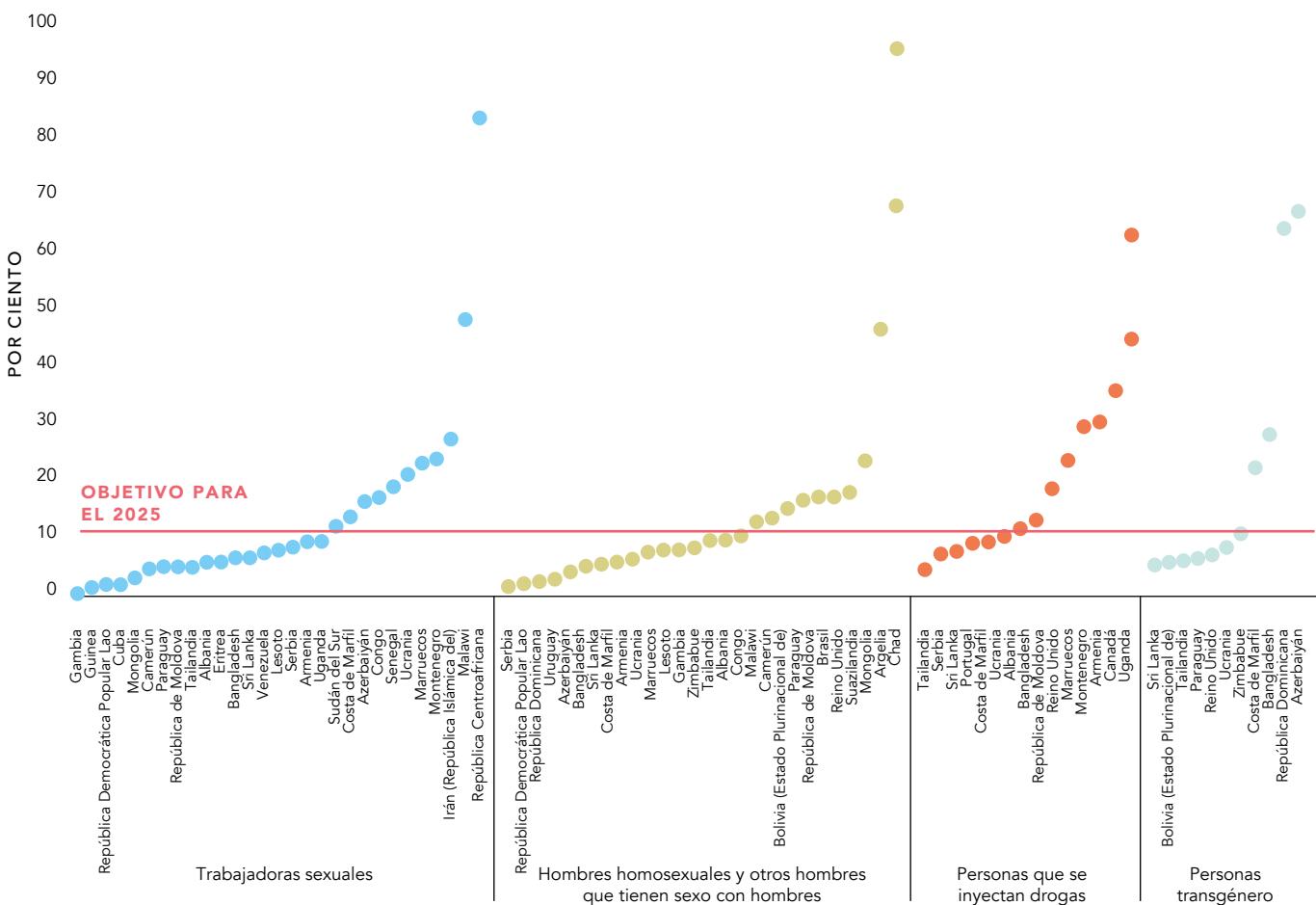
Nota: El estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud incluyen experimentar cualquiera de las siguientes cosas debido al estado serológico respecto del VIH en los últimos 12 meses: que se le niegue la atención debido al estado serológico respecto del VIH, que se le aconseje que no tenga relaciones sexuales, ser objeto de chismes o conversaciones negativas, sufrir abuso verbal, sufrir abuso físico, evitar el contacto físico y compartir el estado serológico respecto al VIH sin consentimiento. El estigma y la discriminación en entornos comunitarios incluyen experimentar cualquiera de los siguientes debido al estado serológico respecto al VIH en los últimos 12 meses: sentirse excluido de reuniones o actividades sociales, sentirse excluido de actividades religiosas o lugares de culto, sentirse excluido de actividades familiares, ser rechazado en un empleo o una oportunidad de trabajo, o perder una fuente de ingresos o un trabajo.

Nota: Los datos sobre el estigma y la discriminación experimentados en los centros de atención sanitaria son específicos de los servicios de VIH sólo en la República Dominicana, Nigeria, Senegal, Sudán del Sur, Togo, Uganda y Zimbabue.

2022

El estigma y la discriminación son algunas de las barreras principales que las poblaciones clave deben superar para acceder a servicios de atención de salud de calidad. Entre las poblaciones clave, al menos el 38% de los países con datos de encuestas recientes informaron de que más del 10% de los encuestados evitan la atención médica debido al estigma y la discriminación (Figura 1.42). Esto es particularmente preocupante entre las personas que se inyectan drogas, donde el 67% de los países informantes afirmaron que así era.

FIGURA 1.42 Poblaciones clave que informan haber evitado la atención de salud en los últimos 12 meses, países con datos disponibles, 2017–2021



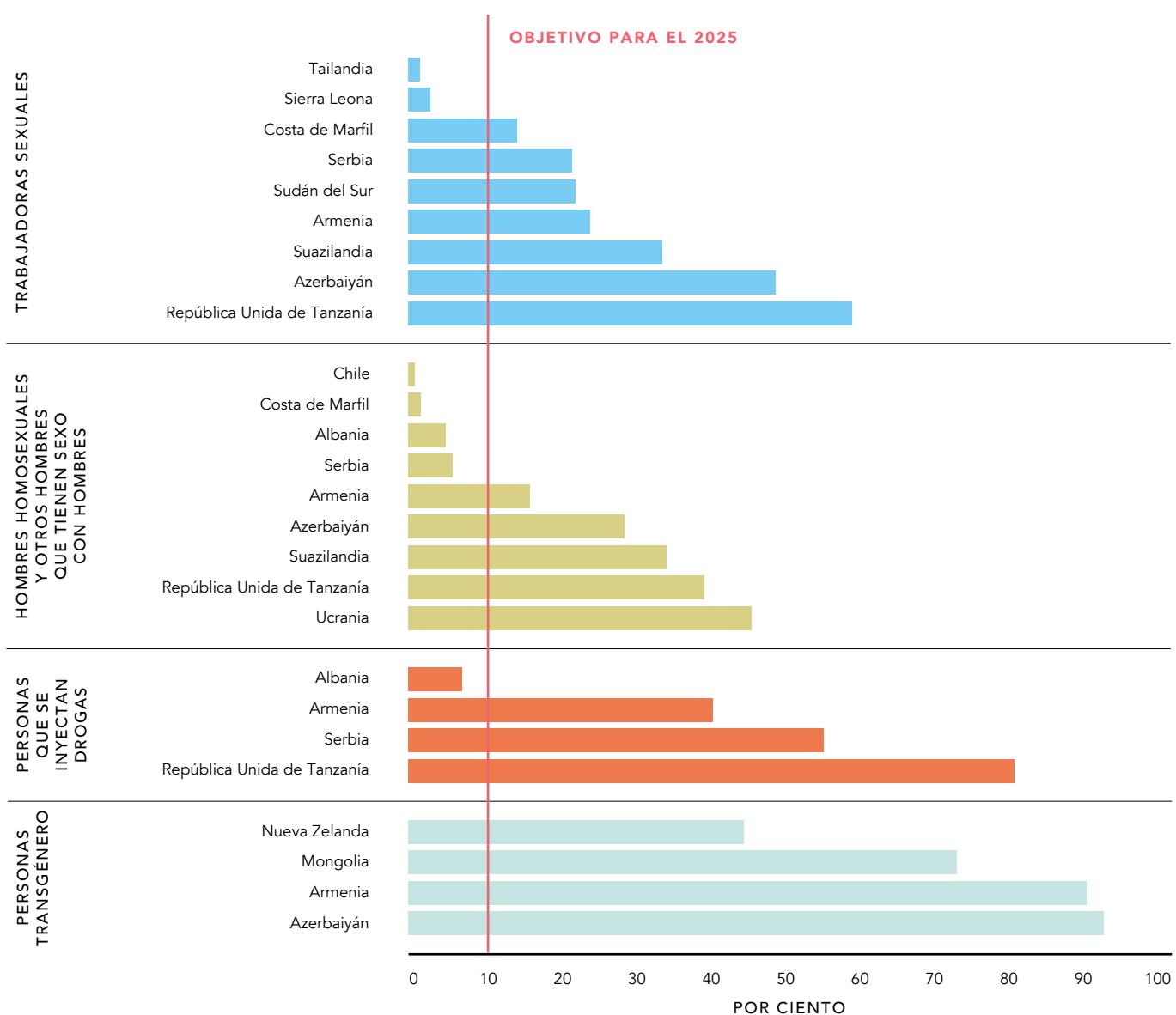
Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: La mayoría de los datos que se muestran proceden de encuestas, que normalmente se llevan a cabo en áreas que tienen servicios disponibles y, por lo tanto, pueden no ser plenamente representativas a nivel nacional.

SUB-OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL CONTRA EL SIDA: MENOS DEL 10% DE LAS POBLACIONES CLAVE DECLARAN EXPERIMENTAR ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN PARA EL 2025.

Los datos muestran variaciones en los niveles de estigma y discriminación a los que se enfrentan varias poblaciones clave, lo que refleja la variedad de entornos sociales y legales entre regiones y países (Figura 1.43). Mientras que una mediana del 16% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (nueve países informantes) y el 22% de las trabajadoras sexuales (nueve países informantes) dicen que han sufrido estigma y discriminación en los últimos seis meses, el 47% de las personas que se inyectan drogas (cuatro países informantes) y el 81% de las personas transgénero (cuatro países informantes) reportan experiencias similares. Incluso en los países y regiones que han mostrado un fuerte progreso hacia la eliminación de sus epidemias de sida, el estigma y la discriminación continúan impidiendo un progreso más rápido y equitativo. Además, la falta de datos disponibles para las poblaciones clave en muchos entornos socava los esfuerzos de promoción y acción programática basados en la evidencia.

FIGURA 1.43 Porcentaje de poblaciones clave que informan haber experimentado estigma y discriminación en los últimos seis meses, países con datos disponibles, 2017–2021



INTEGRACIÓN Y COBERTURA DE SALUD UNIVERSAL

OBJETIVO PARA EL 2025:

INVERTIR EN SISTEMAS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ROBUSTOS, RESILIENTES, EQUITATIVOS Y CON FINANCIACIÓN PÚBLICA QUE PROPORCIONEN AL 90 % DE LAS PERSONAS QUE VIVEN, ESTÁN EN RIESGO Y AFECTADAS POR EL VIH, SERVICIOS INTEGRADOS PARA EL VIH CENTRADOS EN LAS PERSONAS Y ESPECÍFICOS DEL CONTEXTO.

Es fundamental que las necesidades de las personas que viven con VIH y están en riesgo de contraerlo se satisfagan a lo largo de toda su vida mediante la prestación de atención de salud centrada en las personas, aceptable, accesible, equitativa, asequible y de calidad. Esto incluye todos los servicios relacionados para garantizar los más altos estándares posibles de salud y bienestar físico y mental, incluida la prevención y el tratamiento de comorbilidades y coinfecciones.

La creciente carga de las enfermedades no transmisibles afecta desproporcionadamente a las personas que viven con VIH. Las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la diabetes y el cáncer son especialmente prevalentes entre las personas que viven con VIH en los países de ingresos bajos y medios: en algunos países, hasta la mitad de las personas que acceden al tratamiento contra el VIH también viven con enfermedades no transmisibles (6). Esto ha impulsado esfuerzos para vincular e integrar los servicios de enfermedades no transmisibles con los del VIH y para el tratamiento de las comorbilidades (7, 8).

El cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial, con más de 600 000 casos estimados y más de 341 000 muertes en el 2020 (9). Es el cáncer más común entre las mujeres que viven con VIH en todo el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres del África subsahariana: de las aproximadamente 110 000 mujeres diagnosticadas anualmente con este cáncer, aproximadamente el 66% muere a causa de la enfermedad (9–11).

Las mujeres que viven con VIH tienen seis veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino, a menudo con formas más agresivas y mayor mortalidad (12). El cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible y curable, y puede eliminarse como un problema de salud pública, pero los servicios necesarios se distribuyen e integran de manera desigual e inequitativa entre los países y dentro de ellos (10).

Las mujeres que viven con VIH tienen seis veces más probabilidades de desarrollar cáncer de cuello uterino, a menudo con formas más agresivas y mayor mortalidad.

Ha habido algunos avances en la ampliación de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) (la causa del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino) en todo el mundo, pero los países de ingresos bajos y medios siguen rezagados, con sólo tres de cada 10 niñas vacunadas contra el VPH (en comparación con nueve de cada 10 niñas en los países de ingresos altos) (13). La iniciativa Go further, una asociación entre el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEFPAR), el Instituto George W. Bush, ONUSIDA, Merck y Roche ha proporcionado 3.4 millones de pruebas de detección del cáncer de cuello uterino para mujeres que viven con VIH, que se han integrado en los centros de atención del VIH en 12 países del África subsahariana desde el 2018, con una tasa de tratamiento general del 71% (14).

De los 80 países de ingresos bajos y medios que han presentado datos, 66 ya recomiendan la detección y el tratamiento integrados del cáncer de cuello uterino para las mujeres que viven con VIH en una estrategia o política nacional. Cincuenta y dos de los 78 países informantes han integrado la detección y el tratamiento del cáncer cérvico uterino para las mujeres que viven con VIH en sus planes nacionales contra el sida (15).

El cáncer anal, otro cáncer causado por el VPH, se presenta con más frecuencia entre las personas que viven con VIH que en la población general, y es el cuarto cáncer más común entre las personas que viven con VIH. Un estudio clínico reciente en los Estados Unidos de América encontró que el tratamiento de las lesiones precancerosas anales reduce la posibilidad de que el cáncer anal se desarrolle en más de la mitad (16). Esto subraya aún más la necesidad de servicios integrados de atención contra el VIH y del cáncer anal para las personas que viven con VIH.

Asimismo, los servicios de salud mental deben integrarse de manera más sistemática con los servicios relacionados con el VIH. Una de cada ocho personas en el mundo vive con una condición de salud mental; es la principal causa de años vividos con discapacidad a nivel mundial. Las condiciones de salud mental son más prevalentes entre las personas que viven con VIH que en la población general, y las mujeres que viven con VIH son propensas a tasas especialmente altas de depresión y ansiedad (17). Una revisión sistemática reciente mostró que el riesgo de muerte por suicidio es 100 veces mayor entre las personas que viven con VIH que en la población general (18).

La prevención y el tratamiento de la depresión y otras afecciones y trastornos de salud mental también pueden mejorar la retención en la atención y los resultados clínicos de las personas que viven con VIH (19, 20). Las asociaciones entre el VIH y la salud mental, y los factores de riesgo coincidentes han generado llamados a servicios integrados de salud mental y VIH centrados en las personas (7, 20, 21). Sin embargo, el tratamiento y la atención de las afecciones mentales, neurológicas y de consumo de sustancias raras veces se integran en otros servicios y cuidados esenciales, incluido el VIH (22).

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE EL 90% DE LAS PERSONAS EN ENTORNOS HUMANITARIOS TENGAN ACCESO A SERVICIOS INTEGRADOS CONTRA EL VIH.

La falta de datos disponibles a menudo no permite una evaluación actualizada del acceso a los servicios integrados contra el VIH entre las personas en entornos humanitarios. Sin embargo, el rápido crecimiento de las emergencias humanitarias naturales, inducidas por el clima y/o por conflictos es motivo de gran preocupación: en el 2022, el número de personas desplazadas por la guerra, la violencia, la persecución o los abusos de los derechos humanos superó por primera vez los 100 millones (23).

Se estima que 1.8 millones de personas en todo el mundo, aproximadamente la cuarta parte de la población mundial, viven en zonas afectadas por el conflicto (24). Los conflictos tienen efectos profundos en la salud humana y en la capacidad de responder a las amenazas contra la salud y el bienestar, como una mayor exposición al VIH. Los conflictos suelen tener como resultado la destrucción parcial o total de la infraestructura de atención de la salud, incluida la pérdida de personal de salud y la disminución del acceso a los servicios esenciales de salud (25, 26). Por ejemplo, ONUSIDA y sus socios de investigación han documentado cómo la migración forzada como resultado de conflictos, persecuciones o violaciones de los derechos humanos contribuye a aumentar la vulnerabilidad personal e impedir el acceso a servicios esenciales (27). En las situaciones de incertidumbre que acompañan a la ruptura del orden social, puede producirse un repunte de la violencia sexual relacionada con los conflictos y de la transmisión del VIH, en particular entre las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes. Los conflictos civiles también corrompen o interrumpen las cadenas de suministro críticas para medicamentos, diagnósticos y otros productos básicos de salud (24).

OBJETIVO PARA EL 2025:

GARANTIZAR QUE PARA EL 2025, EL 45% DE LAS PERSONAS QUE VIVEN, ESTAN RIESGO Y AFECTADAS POR EL VIH Y EL SIDA TENGAN ACCESO A LAS PRESTACIONES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

2022

Los impactos de la protección social pueden ser poderosos, especialmente en entornos donde las personas enfrentan múltiples amenazas a su salud y bienestar. Aborda los determinantes estructurales de la salud, como la pobreza, la falta de educación, el desempleo y la falta de autonomía (28, 29). También permite a las personas resistir las crisis de la vida y mejora el bienestar psicológico y aumenta la cantidad y la calidad de los alimentos disponibles para los beneficiarios (30–34).

El objetivo de cobertura del 45% haría que el acceso de las personas que viven con el VIH, estén en riesgo y estén afectadas por el mismo esté en consonancia con la cobertura mundial de la protección social, según estimaciones de la OIT (35). La cobertura de la protección social es varias veces mayor en los países de ingresos altos que en el África subsahariana (36).

Los estudios de evaluación del impacto del VIH basados en la población (PHIA), que se han realizado en un número limitado de países, proporcionan la evidencia más completa sobre este indicador. Según las encuestas de PHIA realizadas en 12 países con una elevada carga de VIH en el 2015–2018, sólo dos poblaciones de Suazilandia (niñas adolescentes y mujeres jóvenes y huérfanos y niños vulnerables) y dos poblaciones de Namibia (trabajadoras sexuales y mujeres que viven con VIH) tienen al menos un 45% de cobertura de apoyo económico externo (Figura 1.44). En Malawi, la República Unida de Tanzania y Zambia, el acceso al apoyo económico externo es mucho menor, con una cobertura inferior a un tercio del objetivo del 2025. Se necesitan datos sobre el acceso a las prestaciones de protección social entre las personas que viven con VIH, corren riesgo o están afectadas por el VIH para estimar mejor su cobertura de protección social (37).

FIGURA 1.44 Prevalencia estimada de cualquier apoyo económico externo en los hogares en los últimos 12 meses, por país y grupo de población, 2015-2017

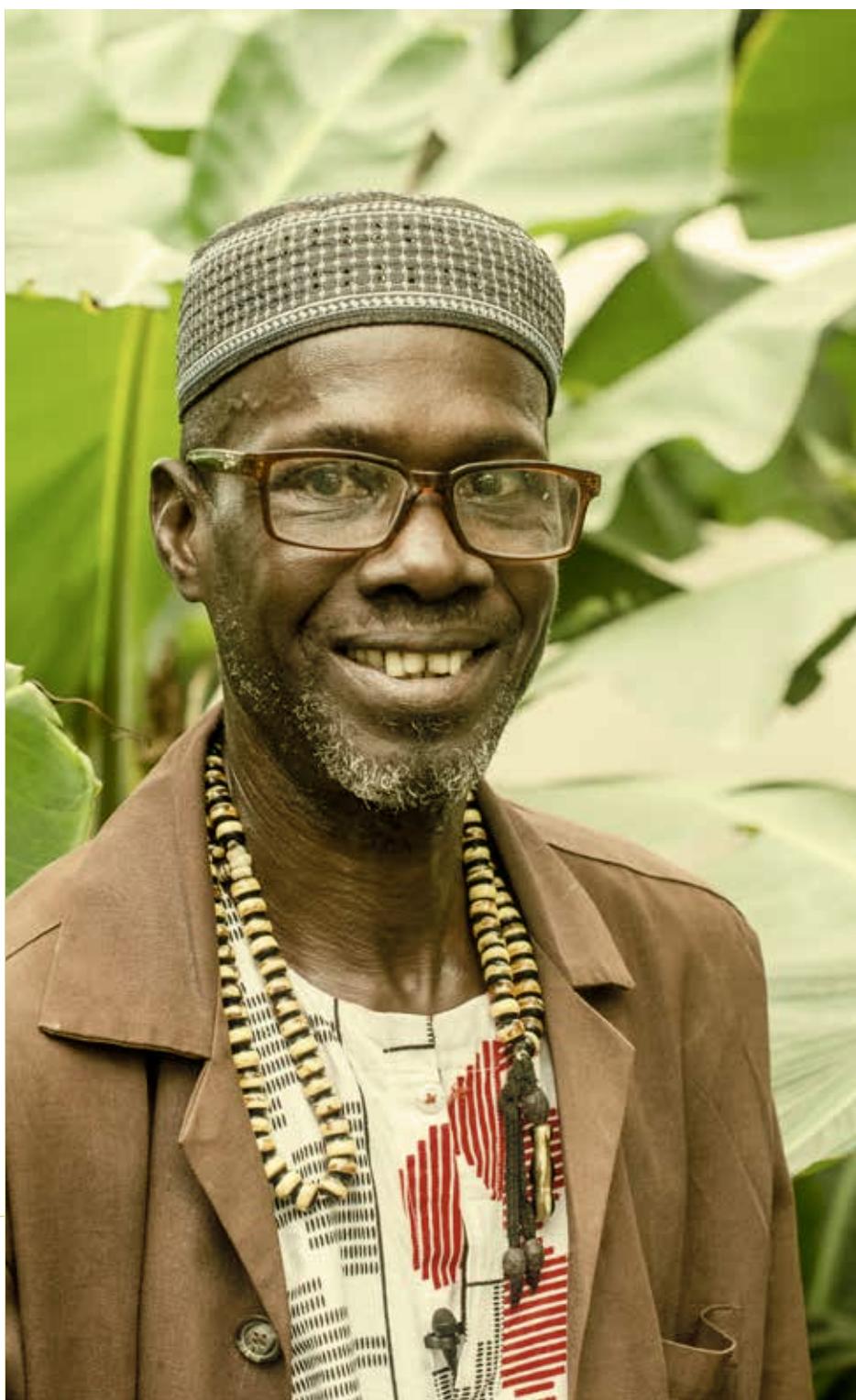


^a El apoyo económico externo combinado al hogar en los últimos 12 meses incluye: pensión social; apoyo material o económico para vivienda; asistencia alimentaria proporcionada en el hogar o institución externa; apoyo a la generación de ingresos en efectivo o en especie (por ejemplo, insumos agrícolas); apoyo material para la educación (por ejemplo, uniformes, libros escolares, educación, apoyo para la matrícula y becas); ayuda para la matrícula escolar; transferencia de efectivo (por ejemplo, pensión, subsidios por discapacidad y subsidio por hijos); y otros soportes. Nota: los datos de Suazilandia, Namibia y Ruanda se refieren a los últimos tres meses; no se incluyó ninguna variable de 12 meses en los conjuntos de datos. Denominador: todos los adultos entrevistados \geq 15 años incluidos en las definiciones de grupos de población clave. Numerador: quienes indicaron cobertura de protección social.

^b Apoyo combinado escolar, social, material, emocional y médico. Denominador: niños $<$ 18 años, condicionado a que el niño, la madre natural y/o el padre natural hayan estado muy enfermos durante al menos tres meses durante los últimos 12 meses (demasiado enfermos para trabajar o realizar actividades normales). Numerador: quienes indicaron haber recibido pensión alimenticia en los últimos 12 meses.

Fuente: Encuestas de Evaluación del Impacto del VIH (EPIA) basadas en la población, 2015–2017.

Nota: Las estimaciones de trabajadores sexuales masculinos para Malawi y Zambia se basan en observaciones de 25 a 49 personas y deben interpretarse con cautela. Los resultados de hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales (hombres y mujeres) para Suazilandia se suprimen porque se identificaron menos de 25 adultos en cada grupo en la encuesta. Se calcularon las pruebas de asociación Rao-Scott Chi-cuadrado que explican el diseño muestral complejo para indicar si las diferencias en el acceso a la protección social diferían entre las mujeres que viven con VIH y las que no, los hombres que viven con VIH y los que no viven con VIH, las mujeres trabajadoras sexuales y no trabajadoras sexuales, trabajadores sexuales masculinos y no trabajadores sexuales masculinos, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y hombres no homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, niñas adolescentes y mujeres jóvenes y mujeres de 25 años o más. Las pruebas de asociación de Rao-Scott Chi-cuadrado fueron significativas con $\alpha = 0,10$ para niñas adolescentes y mujeres jóvenes en comparación con mujeres de 25 años o más en Suazilandia y para trabajadores sexuales en comparación con personas que no lo eran (tanto hombres como mujeres) en la República Unida de Tanzania.



El Hadj Diallo, paciente y jardinero en el CEPID, un centro integrado de gestión de la drogodependencia en Dakar, Senegal, 2021.

OBJETIVO PARA EL 2025:

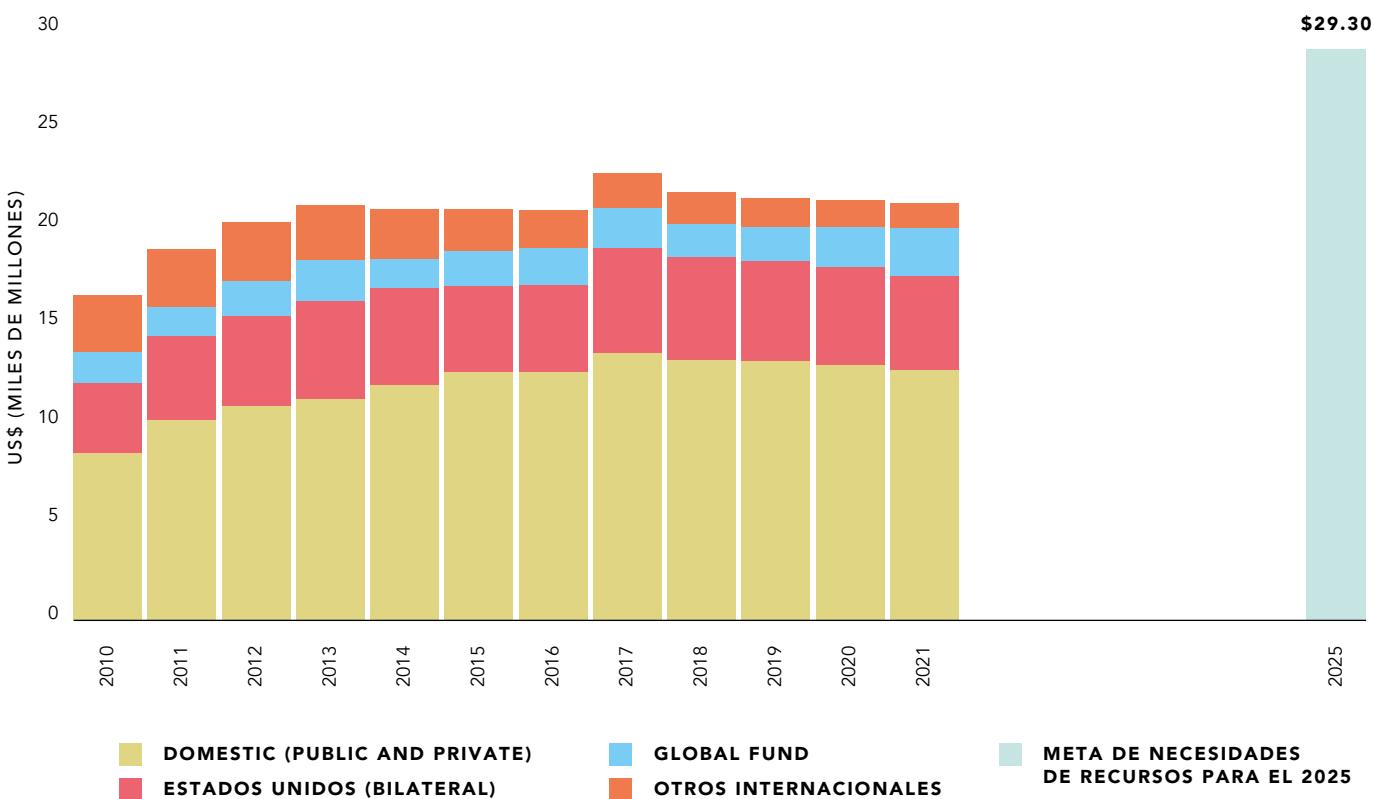
FINANCIAR PLENAMENTE LA RESPUESTA AL VIH AUMENTANDO LAS INVERSIONES ANUALES EN VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS A US\$ 29 MIL MILLONES EN EL 2025.

INVERSIONES Y RECURSOS

La financiación disponible para las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios ha seguido disminuyendo lentamente a pesar de los compromisos renovados contraídos por los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Declaración Política para acabar con el sida de 2021. En el 2021, se dispuso de US\$ 21.4 mil millones de dólares de todas las fuentes (Figura 1.45), cifra que es un 27% inferior del objetivo de movilización de recursos de US\$ 29.3 mil millones de dólares para el 2025. Las cantidades disponibles para el VIH en el 2021 fueron un 1% inferiores a las cantidades disponibles en el 2020, continuando una tendencia desde el 2017.

En el 2021, las fuentes nacionales representaron el 60% de los recursos disponibles para las respuestas contra el VIH en los países de ingresos bajos y medios. El financiamiento bilateral de Estados Unidos, el mayor contribuyente individual a la respuesta mundial contra el sida, se mantuvo estable, mientras que la asistencia de otros donantes bilaterales ha disminuido en un 81% desde la crisis de la deuda del euro en el 2012–2013. Sin embargo, los recursos internos han aumentado un 25% durante la última década. Las asignaciones adicionales del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) a los países para preservar los servicios relacionados con el VIH durante el COVID-19 contribuyeron a un modesto aumento de los gastos relacionados con el VIH disponibles del Fondo Mundial en 2021.

FIGURA 1.45 Resource availability for HIV in low- and middle-income countries, 2010–2021, and 2025 target



Fuente: UNAIDS financial estimates and projections, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019. Los países incluidos son aquellos clasificados por el Banco Mundial en el 2020 como de ingresos bajos y medios.

REFERENCIAS

1. Tenforde MW, Shapiro AE, Rouse B, Jarvis JN, Li T, Eshun-Wilson I et al. Treatment for HIV-associated cryptococcal meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(7):CD00564.
2. Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/item/9789240052178>).
3. Valencia J, Alvaro-Meca A, Troya J, Gutiérrez J, Ramón C, Rodríguez A et al. Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLoS ONE*. 2020;15(3):e0230886.
4. Global State of Harm Reduction - 2021 Update. In: Harm Reduction International [Internet]. Harm Reduction International; c2022 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
5. The ILO global HIV discrimination in the world of work survey, 2021. Geneva: ILO; 2021.
6. Improving quality of life for communities living with HIV/AIDS, TB and Malaria. Briefing note. NCD Alliance; 2020 (<https://ncdalliance.org/resources/improving-quality-of-life-for-communities-living-with-hiv-aids-tb-and-malaria>).
7. The Global AIDS Strategy 2021–2026: end inequalities, end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.
10. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
11. Jedy-Agba E, Joko WY, Liu B, Buziba NG, Borok M, Korir A et al. Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa. *Br J Cancer*. 2020;123(1):148-54.
12. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e161-e169.
13. WHO/IVB Database [database]. June 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny00MDZkLThiZDktYWFIYTdkOGU2NDcwliwidCl6ImY2MTBjMGi3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9>).
14. GoFurther: program-wide highlights. Go Further; May 2022 (https://gwbcenter.imgur.net/Publications/Resources/Go_Further_Highlights_2022_May/GoFurther_GlobalHighlights_v2_16_MAY_2022.pdf).
15. NCPI data, 2022.
16. Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA et al. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. *N Engl J Med*. 2022;386(24):2273-82.
17. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychy*. 2001;158(5):725-30.
18. Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry*. 2021;34:e100247.

19. World Mental Health Report: transforming mental health for all. In: WHO.int [Internet]. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>).
20. Integration of mental health and HIV interventions: key considerations. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf).
21. 2022–2030 WHO global health sectors strategies for HIV, hepatitis and STIs. Geneva: WHO; 2022.
22. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, Von Isenburg M, Akimana B, Shkarishvili A et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(S2):e25722.
23. UNHCR: Global displacement hits another record, capping decade-long rising trend. In: UNHCR.org [Internet]. 16 June 2022. UNHCR; c2022 (<https://www.unhcr.org/en-us/news/press/2022/6/62a9d2b04/unhcr-global-displacement-hits-record-capping-decade-long-rising-trend.html>).
24. Building peace in fragile and conflict settings through health. Geneva; WHO; 2022 (<https://www.who.int/activities/building-peace-in-fragile-and-conflict-settings-through-health>).
25. A Decade of Destruction: Attacks on health care in Syria. In: International Rescue Committee [Internet]. 2 March 2021. International Rescue Committee; c2022 (<https://www.rescue.org/report/decade-destruction-at-tacks-health-care-syria-0>).
26. WHO records 100th attack on health care in Ukraine. In: WHO.int [Internet]. 7 April 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://www.who.int/news/item/07-04-2022-who-records-100th-attack-on-health-care-in-ukraine>).
27. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Lendeghem E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and the European Economic Area. *Lancet HIV* 2022;9:e428-e437.
28. Munodawafa D, Sookram C, Nganda B. A strategy for addressing the key determinants of health in the African region. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa; 2010.
29. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2018;33(5):675-96.
30. Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H. The Government of Kenya's cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age 15–25. *PLoS ONE.* 2014;9(1):e85473.
31. Pettifor A, Wamoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S4):e25316.
32. Schaefer R, Thomas R, Robertson L, Eaton JW, Mushati P, Nyamukapa C et al. Spillover HIV prevention effects of a cash transfer trial in East Zimbabwe: evidence from a cluster-randomised trial and general-population survey. *BMC Public Health.* 2020;20:1599.
33. Haushofer J, Shapiro J. The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya. *Q J Econ.* 2016;131(4):973-2042.
34. Hidrobo M, Hoddinott J, Kumar N, Olivier M. Social protection, food security and asset formation. *World Dev.* 2018;101:88-103.
35. World social protection report. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals, 2017–2019. Geneva: ILO; 2017

36. SDG Indicator 1.3 [database]. United Nations Department of Economic and Social Affairs; c2022 ([https://unstats.un.org/sdgs/
dataportal/database](https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database)).
37. Chipanta D, Pettifor A, Edwards J, Giovenco D, Topazian HM, Bray RM. Access to social protection by people living with, at risk of, or affected by HIV in Eswatini, Malawi, Tanzania, and Zambia: results from population-based HIV impact assessments. AIDS Behav. 2022 Mar:1-11.

UN NUEVO IMPULSO PARA LA PREVENCIÓN



Las nuevas infecciones por VIH en todo el mundo han seguido disminuyendo, pero en el 2021 se registró la menor disminución en los últimos cinco años. En algunas regiones, especialmente en Europa oriental y Asia central, América Latina y el Oriente Medio y África del Norte, las tendencias de las nuevas infecciones por VIH entre el 2010 y 2021 van en la dirección equivocada. Además, los programas de prevención en todas las regiones son incompletos, carecen de poblaciones prioritarias o son demasiado pequeños para tener un impacto decisivo. El liderazgo político vacilante, los déficits de financiamientos y la inadecuada asignación, y los entornos legales y políticos obstrutivos son obstáculos comunes.

PREVENCIÓN DEL VIH QUE FUNCIONA EN DIVERSOS ENTORNOS

Los países con diversas epidemias y recursos han tenido un notable éxito en la reducción de las infecciones por VIH en adultos mediante programas de prevención combinada. Por ejemplo, si bien Zimbabue logró una fuerte disminución de las nuevas infecciones en adultos en la década de 1990 debido en parte a la promoción del preservativo, continuó reduciendo las nuevas infecciones por VIH en más del 70% entre el 2010 y 2021, mientras que la expansión temprana de los programas de las poblaciones clave de Costa de Marfil y el aumento de la cobertura antirretroviral contribuyeron a una disminución del 75% de las nuevas infecciones por VIH en adultos en el 2010–2021. En Malawi, las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en un 61% durante el mismo período en el que el país amplió el tratamiento del VIH, centrándose en llegar tanto a las mujeres como a sus parejas a través de la atención prenatal, mientras que Kenia utilizó el mismo enfoque, junto con una alta cobertura de los servicios de prevención entre las poblaciones clave, y así reducir las nuevas infecciones en adultos en un 48%.

En otras regiones, varios países han logrado reducciones pronunciadas de las nuevas infecciones por VIH al centrarse en las necesidades de las poblaciones clave. Las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en más del 60% en el 2010–2021 en Italia y Vietnam, y aproximadamente a la mitad en Sri Lanka. En Estonia, la ampliación del acceso a los servicios de reducción de daños registró una reducción del 97% en los nuevos diagnósticos entre las personas que se inyectan drogas entre el 2007 y 2016.

2022

Se necesitan programas de prevención mucho más amplios y equitativos para las poblaciones clave y sus parejas sexuales, que ahora representan más de dos tercios de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial y más del 90% de las nuevas infecciones fuera del África subsahariana. Los programas tienen que prestar un mejor apoyo a los servicios de VIH sensibles al género, incluidos los destinados para las poblaciones clave. Las intervenciones basadas en la comunidad y dirigidas por la comunidad tienen un enorme potencial para llenar esta brecha, pero no se están utilizando al máximo.

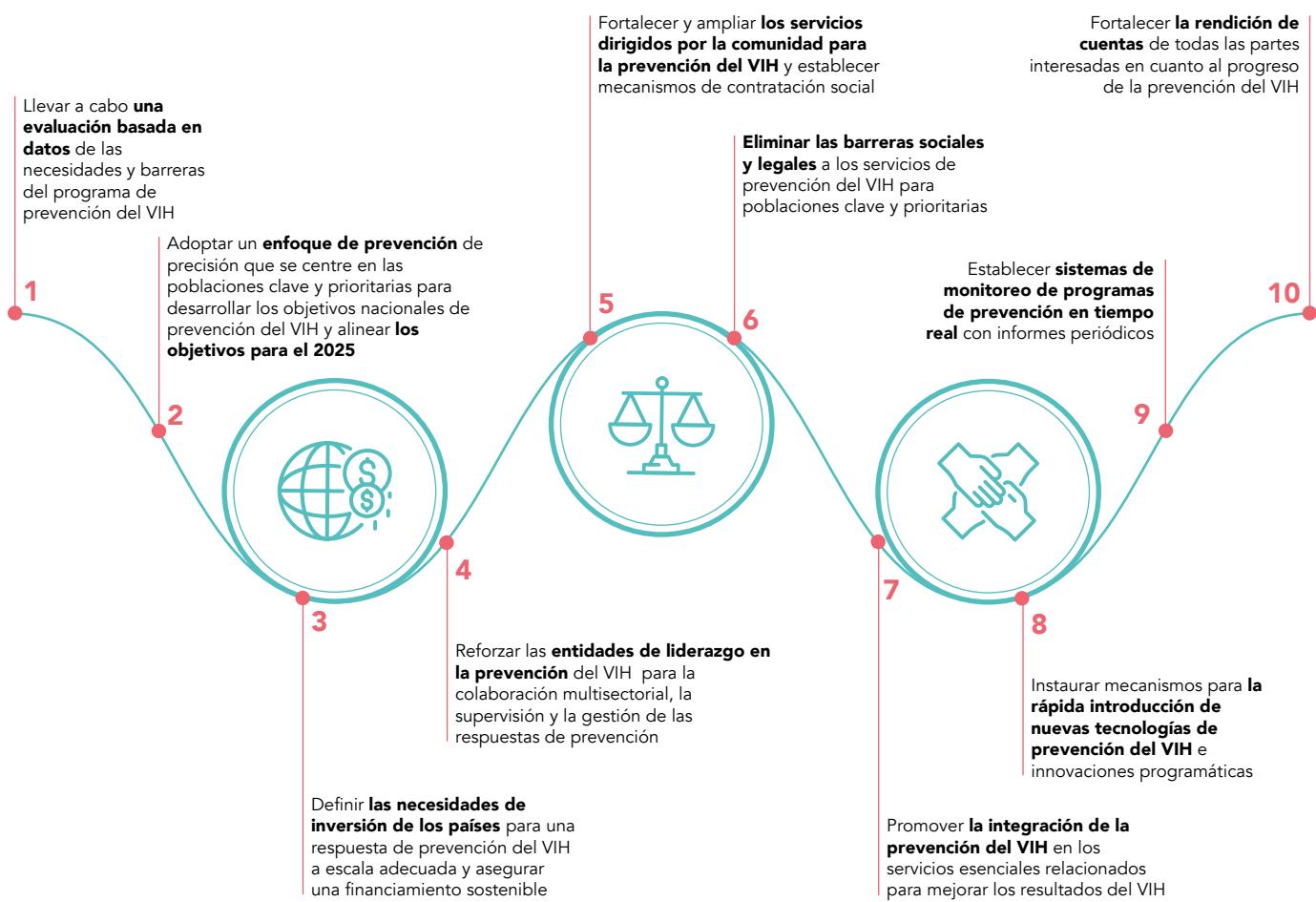
Cuarenta años de experiencia han enseñado que el VIH desafía los atajos y las respuestas de arriba hacia abajo. Las combinaciones correctas de servicios deben estar disponibles en los lugares correctos y ser accesibles para las personas que más los necesitan (ver cuadro). Eso significa priorizar las intervenciones basadas en la evidencia y en los derechos para las personas que están en mayor riesgo, respetando la equidad y la eficiencia, y reasignando inversiones lejos de intervenciones ineficientes y de bajo impacto. También significa ampliar el acceso global a nuevas tecnologías contra el VIH, como los medicamentos antirretrovirales inyectables de larga duración, poniéndolos a disposición de las personas que más los necesitan y a precios asequibles. Eso solo se puede lograr asegurando un liderazgo más decidido y financiamiento suficiente, eliminando las barreras legales y políticas y eliminando el estigma y la discriminación de los servicios.

También está más claro que nunca que las estrategias deben evitar oponer la prevención a las pruebas y el tratamiento, o las intervenciones biomédicas con las conductuales y estructurales. Cuando se utilizan en combinación, estos enfoques tienen el mayor impacto. Por lo tanto, es fundamental que continúe la promoción y el fortalecimiento de la prevención primaria del VIH (1). Eso requiere reiniciar los programas de preservativos, aprovechar al máximo las intervenciones basadas en medicamentos antirretrovirales, incluida la ampliación de la profilaxis previa a la exposición (PrEP), y aumentar la cobertura de los programas de circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) en los países prioritarios.

DIEZ ACCIONES QUE PUEDEN CAMBIAR LA EPIDEMIA DEL VIH: HOJA DE RUTA 2025 DE LA COALICIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH

La nueva Hoja de Ruta para la Prevención del VIH 2025 establece las acciones que llevarán a los países a alcanzar los objetivos de prevención del VIH para el 2025 (2). La misma muestra cómo los países pueden reformar sus respuestas nacionales de prevención, priorizar las combinaciones correctas de intervenciones para sus contextos y enfocar los programas donde más se necesitan. En la Hoja de Ruta 2025 son fundamentales 10 acciones prioritarias (Figura 2.1) que describen los pasos esenciales para que los países logren los objetivos de prevención para el 2025.

FIGURA 2.1 Plan de 10 puntos de la hoja de ruta para la prevención del VIH para el 2025



Fuente: Hoja de ruta para la prevención del VIH para el 2025: en marcha para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el año 2030. Ginebra: Coalición Mundial para la Prevención del VIH; 2022 [próximamente].

La Hoja de Ruta de 2025 describe un enfoque de precisión para la prevención utilizando información granular sobre la incidencia, los riesgos y las vulnerabilidades del VIH para enfocar los programas de prevención y obtener los máximos resultados. En línea con este enfoque, la Hoja de Ruta 2025 hace énfasis en programas de prevención de alto impacto para poblaciones clave y prioritarias, el uso de plataformas de servicios confiables y acciones que reduzcan las desigualdades en el acceso a la prevención del VIH. Eso requiere una mayor disponibilidad y el uso de herramientas de prevención del VIH ya probadas junto con otras nuevas (como la PrEP vaginal e inyectable de acción prolongada) y enfoques actualizados (como la divulgación a través de plataformas en línea y otros servicios virtuales). De manera crucial, también resalta la importancia del liderazgo político, la gestión racional y la atención renovada a la rendición de cuentas mutua entre los gobiernos, las comunidades y los encargados de la ejecución.



Lilian Namiiro, trabajadora sexual de Uganda, es activista y defensora de la prevención del VIH. La prevención del VIH para las poblaciones clave y prioritarias recibió una urgencia y enfoque sin precedentes en la nueva Estrategia mundial contra el sida, 2021–2026.

OBTENER TODOS LOS BENEFICIOS DE LOS CONDONES Y LUBRICANTES

Los condones siguen siendo el método más utilizado para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y para prevenir embarazos no deseados (3). Son económicos y rentables: según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el costo de un condón masculino es inferior a S\$ 0.03, mientras que el de un condón femenino es de aproximadamente US\$ 0.30 (4). Los condones también son un método de prevención familiar para la mayoría de las personas. Se estima que el aumento del uso de preservativos desde 1990 ha evitado 117 millones de nuevas infecciones por VIH en todo el mundo (5).

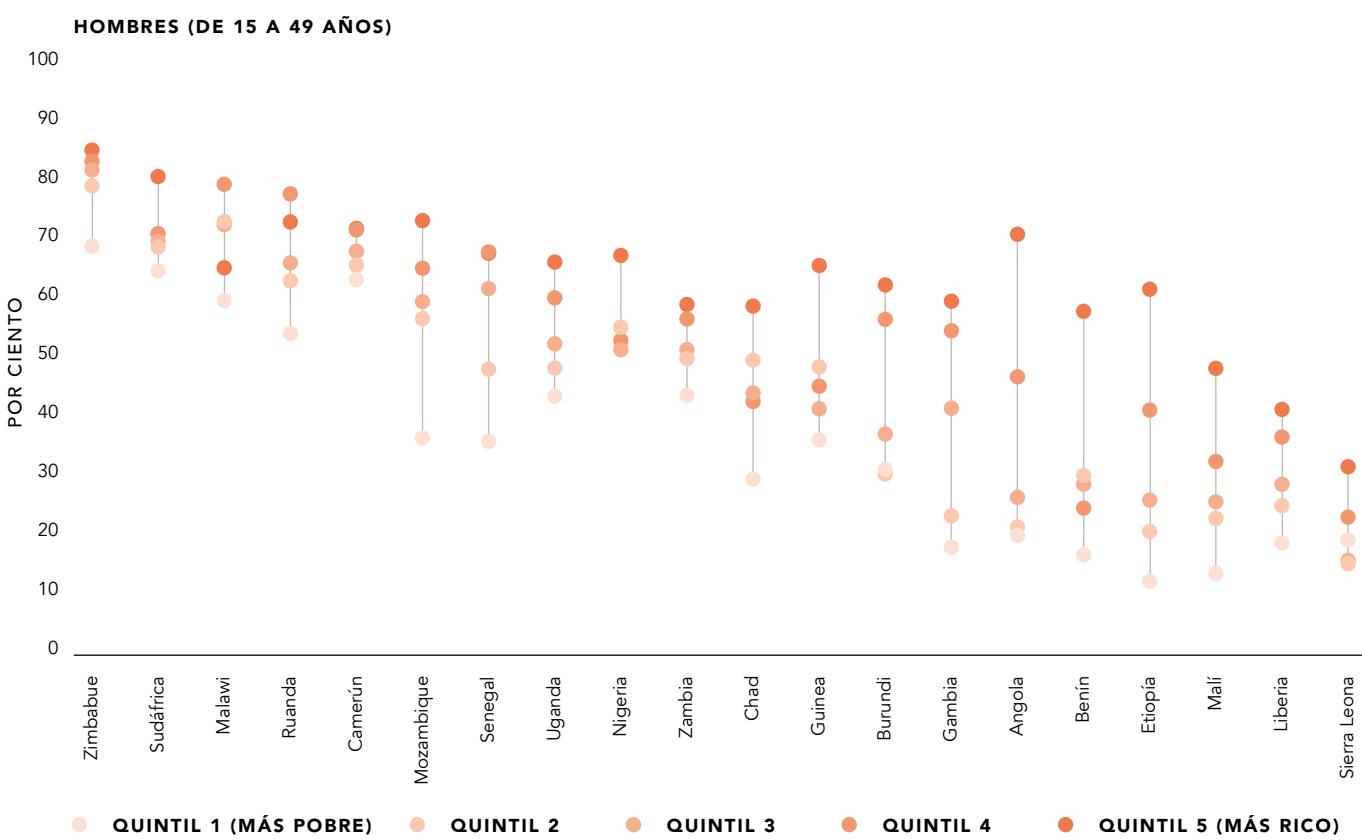
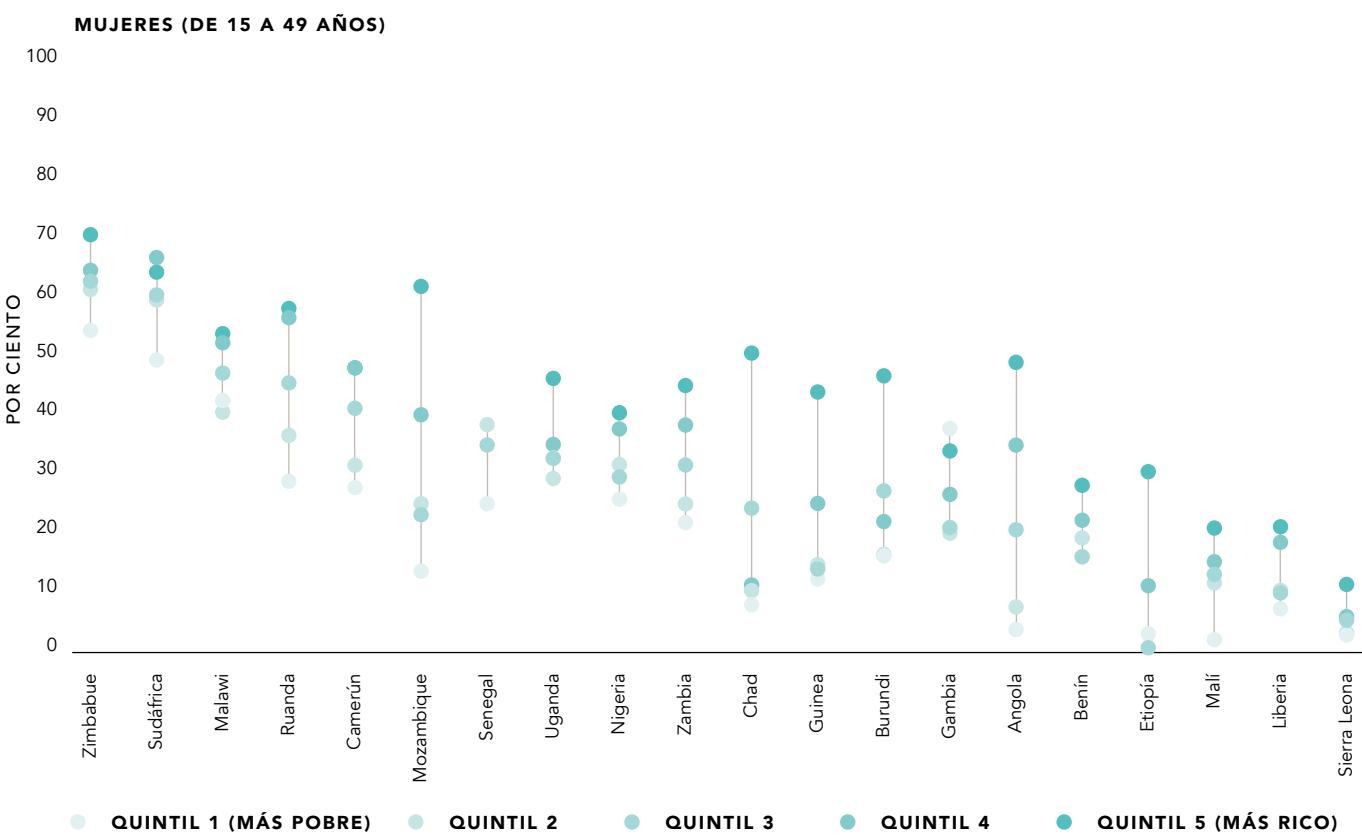
Sin embargo, décadas después de la epidemia del VIH, el mundo todavía no se da cuenta de los muchos beneficios de este método de prevención. Persisten las brechas y desigualdades en el acceso y uso de condones, y se están ampliando en varios países en el contexto de la reducción de las inversiones en programas de preservativos. Los programas de mercadeo social de preservativos se están desfinanciando en el África subsahariana; por consiguiente, la disponibilidad y promoción insuficiente de condones sigue siendo un obstáculo importante (6).¹

En la mayoría de los países con datos disponibles, el uso de condones tiende a ser más común entre las personas con niveles de educación superior (Figuras 2.03a). Sin embargo, países como Malawi, Sudáfrica y Zimbabue muestran que las desigualdades de riqueza y educación no necesitan restringir los programas de condones. En Zimbabue, por ejemplo, el uso del condón incluso entre los hombres más pobres es mayor que entre sus homólogos más ricos en muchos otros países del África subsahariana. El programa de condones de Zimbabue ha recibido una financiación consistente y está altamente descentralizado, utilizando un enfoque de "mercado total" que aprovecha las fortalezas respectivas de los sectores públicos y de comercialización social para llegar a personas en diferentes entornos socioeconómicos (7).

Los programas de comercialización social de condones están siendo desfinanciados en el África subsahariana.

¹ La pandemia de COVID-19 también ha tenido un impacto: la demanda mundial de condones habría disminuido hasta en un 40% en el primer año de la pandemia, cuando muchos gobiernos suspendieron o redujeron los programas de distribución de condones. La demanda comenzó a recuperarse nuevamente durante el 2021. Consulte: Kumar PP. Malaysia's Karex: COVID lockdowns dented condom demand. En: Financial Times [Internet]. 10 de enero de 2022. The Financial Times lockdowns dented condom demand. In: Financial Times [Internet]. 10 January 2022. The Financial Times; c2022 (<https://www.ft.com/content/7cd804e0-62d9-4eee-9cfe-be8af763b114>).

FIGURA 2.2 Uso del condón en la última relación sexual con una pareja no habitual, por sexo y quintil de riqueza, países seleccionados, 2015-2020



USO DEL CONDÓN ENTRE LAS POBLACIONES CLAVE

La discriminación, el acoso y las leyes punitivas hacen especialmente difícil que los miembros de las poblaciones clave tengan acceso y utilicen preservativos, a pesar de su mayor riesgo de infección por el VIH. Las leyes punitivas limitan la capacidad de las trabajadoras sexuales para negociar el uso del condón con los clientes: no es raro que la policía considere la posesión de condones y lubricantes como "evidencia" de trabajo sexual y una base para el acoso, el soborno, el arresto o la violencia (8, 9).

11

DE 83 PAÍSES INFORMAN <50% DE USO DEL CONDÓN EN LAS ÚLTIMAS RELACIONES SEXUALES ENTRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES

Entre las poblaciones clave, el uso del condón en las últimas relaciones sexuales tiende a ser más común entre las trabajadoras sexuales (>90% en 24 de los 83 países que informan datos recientes), aunque sigue siendo sorprendentemente infrecuente en algunos lugares (70% en 25 de los 82 países que informan, a 70% entre las personas que se inyectan drogas, mientras que el uso del condón entre las personas transgénero varía de >70% en 19 de 39 países que reportan estos datos a <50% en nueve países.

Es evidente la necesidad de reactivar la distribución a gran escala de preservativos y lubricantes gratuitos a las poblaciones prioritarias más necesitadas, incluso en las zonas rurales (12). Esos esfuerzos serán más rentables si van acompañados de cambios en las leyes y en las prácticas policiales que faciliten a las personas obtengan, lleven y usen preservativos cuando los necesiten.



La embajadora juvenil Sihle Mkhize habla con niñas jóvenes (de 12 a 17 años) que asisten a un taller sobre anticoncepción y prevención del VIH en Inanda Seminary Clinic, en el municipio de Inanda, al norte de Durban, Sudáfrica, 20 de diciembre de 2021.

MAXIMIZACIÓN DEL IMPACTO PREVENTIVO DEL TRATAMIENTO

A parte de salvar vidas, la terapia antirretroviral es una herramienta poderosa para prevenir las infecciones por VIH, aunque aún no se ha desarrollado todo su potencial. Los servicios de pruebas no están llegando o son inconvenientes para un gran número de personas que viven con VIH, especialmente las personas pertenecientes a poblaciones marginadas y hombres, quienes siguen siendo menos propensos a conocer su estado que las mujeres que viven con VIH (ver Capítulo 1). Además, la interrupción del tratamiento entre las personas que logran iniciar la terapia antirretroviral se está convirtiendo en una brecha cada vez más importante en la cadena de servicios de prevención, pruebas y tratamiento.

Los programas de pruebas y tratamiento se han estado recuperando de las interrupciones experimentadas a principios de la pandemia de COVID-19 (13). Sin embargo, también se enfrentan a otras dificultades más duraderas. Los entornos legales y sociales hostiles hacen que las pruebas y el tratamiento queden fuera del alcance de muchas personas en las poblaciones clave: el uso de los servicios puede ser una experiencia intimidante y frustrante para esas personas, así como para muchos jóvenes y hombres en general. La cobertura del tratamiento es sustancialmente menor para los niños en comparación con los adultos, y también es menor para los hombres adultos en comparación con las mujeres adultas (ver Capítulo 1). Superar esa brecha es vital tanto para la equidad como para romper el ciclo de transmisión del VIH (14).

La cobertura del tratamiento es sustancialmente menor para los niños en comparación con los adultos, y también es menor para los hombres adultos en comparación con las mujeres adultas.

Casi todos los países todavía tienen oportunidades sin explotar para capitalizar el uso de las pruebas del VIH como punto de entrada para la prevención, y el uso de la prevención del VIH como punto de entrada para las pruebas y el tratamiento. Los servicios diferenciados que se adaptan a las epidemias locales y las necesidades de las poblaciones afectadas son una parte importante de la solución. Incluyen pruebas dirigidas por la comunidad, auto pruebas, cambio de tareas, descentralización y actividades basadas en pares. Estos enfoques colocan a las personas en el centro, facilitan la asignación eficaz de recursos y pueden mejorar la calidad y los resultados del tratamiento y la atención del VIH. En particular, las intervenciones dirigidas por la comunidad son cruciales para garantizar que las poblaciones clave puedan acceder y beneficiarse plenamente del tratamiento contra el VIH. Los programas de VIH (y otros programas de salud) también pueden hacer un uso más rutinario de las innovaciones que han ayudado a mantener los servicios de tratamiento durante la pandemia de COVID-19, incluyendo un uso más amplio de la auto prueba del VIH, la dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses y el uso de plataformas digitales y espacios de reuniones virtuales para asesoramiento y apoyo.

EL POTENCIAL SIN EXPLOTAR DE LA PREVENCIÓN BASADA EN LOS ANTIRRETROVIRALES

Los antirretrovirales son un componente esencial y altamente eficaz de la prevención combinada cuando se utilizan para la terapia antirretroviral, la PrEP o profilaxis post exposición (PEP). El acceso completo y equitativo a estas poderosas herramientas de prevención del VIH impulsará al mundo mucho más cerca del objetivo de ponerle fin al sida como una amenaza para la salud pública para el 2030.

9.7

MILLONES [5.2 MILLONES–15.1 MILLONES] DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH TODAVÍA NO RECIBÍAN TRATAMIENTO EN EL 2021

La expansión masiva de las pruebas del VIH y el acceso a medicamentos antirretrovirales mejorados desde principios de la década de 2000 ha salvado millones de vidas y está ayudando a prevenir innumerables nuevas infecciones por VIH, incluidas las reducciones drásticas de la transmisión vertical del VIH. El uso sostenido de regímenes eficaces de tratamiento contra el VIH permite a las personas reducir sus cargas virales a niveles indetectables, deteniendo así la transmisión sexual (15). Las opciones de prevención adicionales para las mujeres que corren un riesgo considerable de infección por VIH incluyen el anillo vaginal con dapivirina. Dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó condicionalmente su disposición en enero de 2021, tanto la Autoridad de Control de Medicamentos de Zimbabue como la Autoridad Reguladora de Productos Sanitarios de Sudáfrica aprobaron el uso del anillo vaginal en sus países (16, 17). El seguimiento a largo plazo de las personas con VIH que tienen una carga viral indetectable muestra que la supresión viral rara vez se pierde, lo que destaca la validez del mensaje “indetectable = intransmisible”, y el uso cada vez mayor de antirretrovirales como la PrEP está llevando a reducciones drásticas en la incidencia del VIH en algunos entornos (18).

Sin embargo, el progreso en esos frentes es muy desigual y aún quedan muchas brechas. En el 2021, 9.7 millones [5.2 millones–15.1 millones] de personas que viven con VIH aún no recibían un tratamiento que pudiera proteger su salud y, si se cumpliera con éxito, prevenir la transmisión posterior.



SWING (Service Workers in Group) trabaja con trabajadoras sexuales de todos los géneros, culturas y nacionalidades en tres centros turísticos “hot spots” dirigidos por pares en Tailandia..

LAS DESIGUALDADES ESTÁN SESGANDO EL ACCESO A LA PROFILAXIS ORAL PREVIA A LA EXPOSICIÓN

Ha pasado una década desde que la OMS recomendó por primera vez el uso de la PrEP oral como una opción de prevención para las personas que corren un alto riesgo de infección por VIH. A pesar de algunas interrupciones debidas a COVID-19, el uso de PrEP oral ha seguido aumentando (Figura 2.3), con aproximadamente 1.6 millones de personas en al menos 86 países recibiéndola al menos una vez en el 2021. Las adaptaciones como la dispensación para varios meses, las actividades de creación de demanda y la prestación de servicios descentralizados, basados en la comunidad y virtuales han coincidido con un aumento del 157% en el número de personas que iniciaron la PrEP en 21 países entre abril de 2020 y marzo de 2021 (en comparación con el mismo período del año anterior).^{2,3}

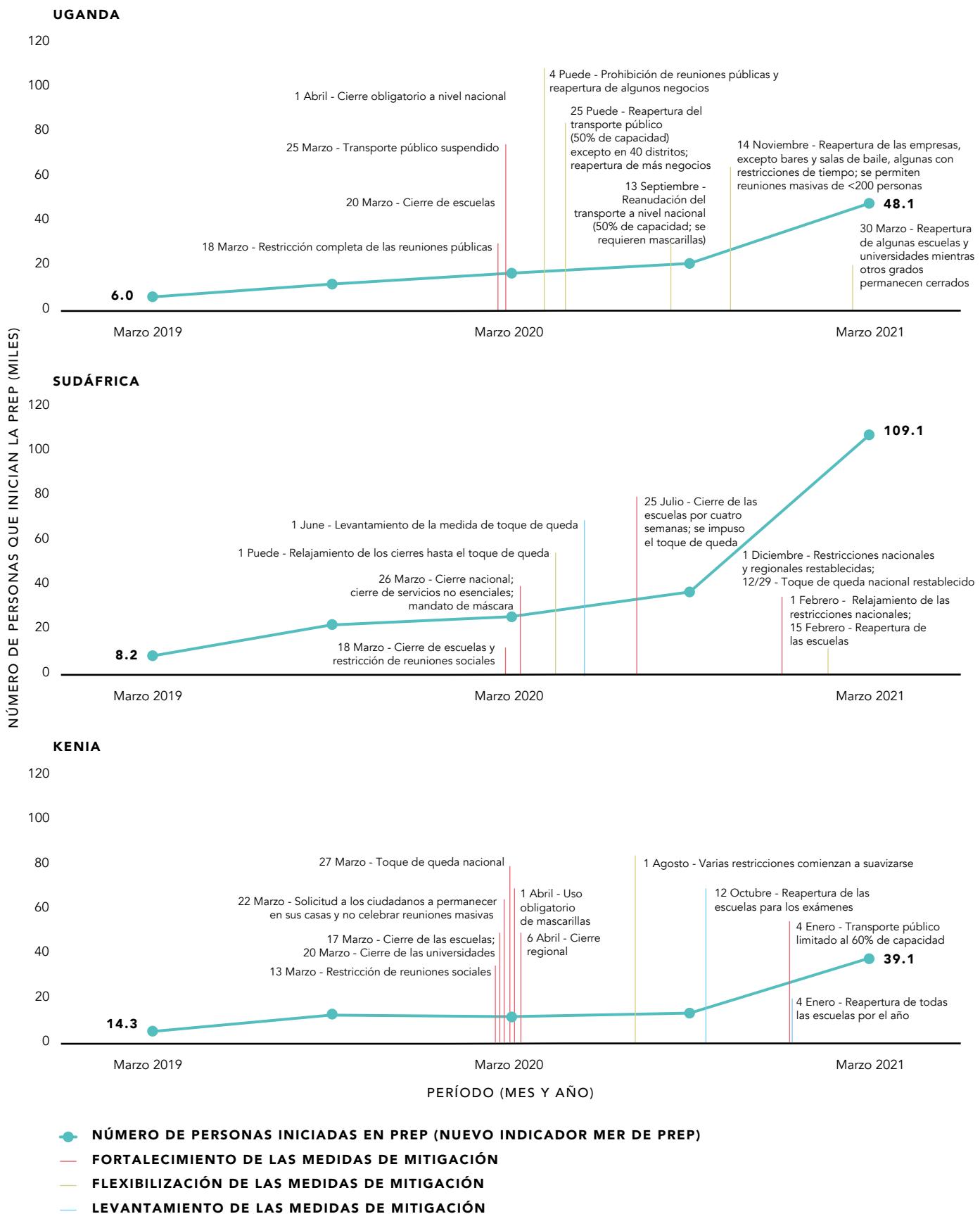
En esos 21 países, la mayoría de los cuales se encuentran en el África subsahariana, el número total de personas que usan la PrEP aumentó de poco más de 233 000 en el año anterior a la pandemia de COVID-19 a casi 600 000 en el primer año de la pandemia (19).⁴



Clinica del Centro de Salud Sexual e
Investigación sobre el VIH/sida de Zimbabue
(CeSHHAR Zimbabwe), Mutare (Zimbabwe), 6 de
noviembre de 2019.

- 2 Los usuarios pudieron iniciar la PrEP a través de programas apoyados por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR).
- 3 Los 21 países financiados por PEPFAR son: Botsuana, Camerún, República Democrática del Congo, República Dominicana, Suazilandia, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Nigeria, Ruanda, Sudáfrica, Tailandia, Uganda, Ucrania, Vietnam, Zambia y Zimbabue.
- 4 Las excepciones fueron la República Dominicana, Tailandia, Ucrania y Vietnam.

FIGURA 2.3 Consumo de la profilaxis previa a la exposición (PrEP), por país y período de informe, con estrategias de mitigación de COVID-19 seleccionadas

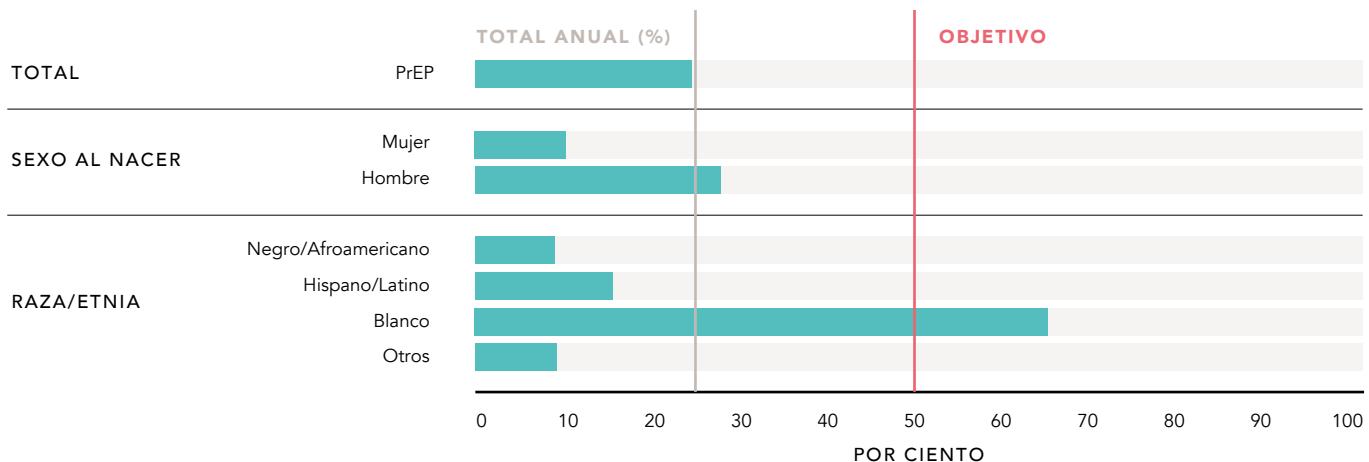


Fuente: Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Adopción de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y adaptaciones de la prestación de servicios durante la primera ola de la pandemia de COVID-19 en 21 países financiados por PEPFAR. PLoS One. 2022;17(4):e0266280.

Dado que la decisión de utilizar la PrEP corresponde al individuo (y no tiene que ser negociada con una pareja), tiene un enorme potencial para ayudar a reducir las infecciones por VIH entre las poblaciones clave de todo el mundo y entre niñas y mujeres en el África subsahariana. La alta cobertura y el uso de la PrEP oral a través de la implantación en gran escala han llevado a reducciones marcadas de las nuevas infecciones por VIH en algunos entornos de ingresos altos, especialmente en Australia, Inglaterra y Escocia, y en ciudades de los Estados Unidos de América, más allá de las contribuciones del tratamiento contra el VIH, especialmente entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (17–23).

Sin embargo, el acceso a la PrEP oral sigue siendo demasiado bajo para que afecte al curso de la epidemia mundial. A pesar de los aumentos recientes, el uso de la PrEP oral se concentra en varios países de ingresos altos y en cinco países del África subsahariana: Kenia, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zambia. En los países de ingresos altos, las disparidades raciales y socioeconómicas están sesgando la conciencia y el uso de la PrEP (24–26).

FIGURA 2.4 Cobertura de profilaxis previa a la exposición (PrEP) durante el 2020 (pandemia de COVID-19) entre personas de 16 años y más, por características seleccionadas, Estados Unidos y Puerto Rico



Fuente: Informe de Vigilancia del VIH, 2020. Vol. 33. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos); 2022 (<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-27-no-3/content/national-profile.html>).

HACER QUE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN FUNCIONE PARA TODAS LAS PERSONAS QUE LA NECESITEN

22–60%

DE LOS GRUPOS DE APOYO DE LA PREP BASADOS EN CENTROS DE APOYO EN NAIROBI, KENIA, AYUDARON A MEJORAR LA ADHERENCIA Y LA RETENCIÓN DE LA PREP ENTRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL 22% AL 60% DESPUÉS DE 12 MESES

Lograr un uso amplio y eficaz de la PrEP puede ser un desafío. Impulsar la conciencia y el conocimiento entre los usuarios potenciales, incluso a través de las redes sociales, es vital porque la PrEP debe normalizarse como una opción eficaz de prevención del VIH. Esto incluye fomentar su comprensión y aceptabilidad en diferentes comunidades para reducir el estigma asociado con su uso (27). Más que nada, requiere un financiamiento a gran escala y previsible para que la PrEP pueda convertirse en una opción realista y accesible para más personas que la necesiten. Esto es especialmente un desafío en los países de ingresos medios que tienen un gran número de poblaciones clave, pero donde el financiamiento de los donantes está altamente racionado.

Cuando la PrEP esté disponible, el uso apropiado de métodos diferenciados de prestación de servicios (como compañeros, enfermeras o farmacéuticos) ayudará a las personas a aprovechar al máximo esta opción de prevención (28). El acceso a la PrEP será más fácil si los servicios se diseñan y ofrecen de maneras flexibles que se ajusten a las necesidades y vidas de los usuarios potenciales (por ejemplo, utilizando ubicaciones y horas de operación convenientes). Los servicios de PrEP también pueden ser descentralizados y vinculados a otros servicios y apoyos dirigidos por la comunidad que son expertos en proporcionar los tipos de servicios diferenciados que las personas necesitan y utilizan. Por ejemplo, los grupos de apoyo de PrEP basados en centros de acogida en Nairobi, Kenia, ayudaron a mejorar la adherencia y retención de la PrEP entre las trabajadoras sexuales del 22% al 60% después de 12 meses (29). Sudáfrica y Vietnam han introducido clínicas móviles de PrEP; en otros países, los centros de acogida dirigidos por la comunidad han sido puntos de servicio importantes. Las adaptaciones como la dispensación para múltiples meses, el uso de la tecnología de la información y los papeles más importantes para las organizaciones dirigidas por la comunidad han sido vitales para aumentar la cobertura de la PrEP, y la incorporación de esas adaptaciones en la prestación rutinaria de servicios llegará a más personas (19). Sin embargo, cualquiera que sea la estrategia, es crucial reconocer que la PrEP no es una intervención aislada: es mejor ofrecerla como parte de un paquete de servicios de salud sexual y VIH.

También se deben eliminar o reducir al mínimo los gastos extras, y se debe educar al personal de atención de la salud sobre los beneficios de este método de prevención (30). Se deben cambiar las leyes sobre la edad de consentimiento (o se deben explorar soluciones alternativas) si impiden que las poblaciones clave jóvenes reciban y usen la PrEP (31, 32). Las investigaciones muestran que las poblaciones clave y prioritarias, especialmente los jóvenes de esos grupos a veces tienen dificultades para usar el régimen diario de PrEP de manera consistente, o que dejan de usarlo y lo reemplazan con otro método de prevención. El miedo al estigma, el conocimiento incompleto sobre el VIH y la PrEP y las preocupaciones o experiencias con los efectos secundarios son algunas de las razones citadas para interrumpir o detener el uso de la PrEP (28, 33, 34).

Las estrategias que se enfocan en permitir que los individuos alineen su uso de la PrEP con la exposición potencial al VIH (es decir, el uso de la PrEP “bajo demanda”) pueden ayudar a las personas a tomar el control de sus opciones de prevención (35). El servicio debe ser sin prejuicios, teniendo la PrEP como una opción de empoderamiento, en lugar de estrictamente como una manera de evitar el VIH. Esto es especialmente importante para las poblaciones clave y prioritarias jóvenes, que necesitan acceder a la PrEP de manera informativa y libre de estigma, y que respeten la confidencialidad (27).

AMPLIACIÓN GRADUAL DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN EN CAMBOYA

Camboya ha tenido un progreso notable en la respuesta al VIH. Para el 2017, el país había alcanzado los objetivos acelerados 90–90–90 para las pruebas y el tratamiento contra el VIH. Desde el 2010, el número de personas recién infectadas por VIH ha disminuido en un 50%.

Ahora Camboya se propone recorrer la última milla para acabar con el sida como una amenaza para la salud pública para el 2025, cinco años antes de la meta mundial. La ampliación de la PrEP es una piedra angular de los esfuerzos de Camboya por alcanzar este hito.

**Ahora Camboya se propone recorrer la
última milla para acabar con el sida como
amenaza para la salud pública para el 2025,
cinco años antes de la meta mundial.**

Convencidos por la evidencia sustancial sobre la eficacia de la PrEP, Camboya optó por no emprender un proyecto piloto más pequeño para la PrEP, sino centrarse en una ampliación mayor desde el principio. El Centro Nacional de VIH/sida, Dermatología y ETS (NCHADS) adoptó un enfoque de colaboración y asociación para la planificación y la ampliación, trabajando en conjunto con ONUSIDA, la OMS, FHI360-EPIC y las comunidades para impulsar la ampliación de PrEP y garantizar la calidad del servicio (Figura 2.5).

Bajo la dirección de NCHADS y con el apoyo de ONUSIDA, Camboya evaluó diferentes modelos de prestación de servicios de PrEP y creación de demanda para identificar los enfoques óptimos. Este ejercicio generó una serie de recomendaciones para guiar la ampliación, incluyendo el uso de la prestación de servicios de PrEP dirigidos por la comunidad. En enero de 2022, el país adoptó procedimientos operativos estándar para la PrEP, incluso mediante la entrega de PrEP en el mismo día por parte de organizaciones comunitarias.



FIGURA 2.5 Implementación gradual de la profilaxis previa a la exposición en Camboya, 2019–2022

Source: National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) presentation, May 2022. Cambodia.

	<p>En consonancia con su Plan Estratégico para la Prevención y Atención del VIH y las ITS en el Sector de Salud 2021–2025 (HSSP 2021–2025), Camboya aprobó un objetivo nacional de inscripción de 10 000 clientes acumulativos en 15 provincias prioritarias para 2023. Aún no se ha movilizado financiación adicional para cubrir el coste de la PrEP para los clientes restantes.</p> <p>Camboya utilizó pruebas para orientar la aplicación de la PrEP. Se dio prioridad a las poblaciones clave de mayor riesgo para su ampliación, y se seleccionaron las provincias prioritarias para el despliegue de la PrEP basándose en las estimaciones del tamaño de la población para las poblaciones clave, con especial atención a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y a las mujeres transgénero. ONUSIDA apoyó al programa nacional del VIH en la evaluación de las instalaciones de salud en las provincias prioritarias para garantizar una infraestructura, dotación de personal, equipos y recursos suficientes para una puesta en marcha y aplicación sin problemas.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El equipo técnico nacional proporcionó orientación y apoyo técnico in situ a los proveedores de los centros de PrEP para apoyar la implementación y abordar los cuellos de botella a medida que surgieron.

El equipo técnico nacional proporcionó orientación y apoyo técnico in situ a los proveedores de los centros de PrEP para apoyar la implementación y abordar los cuellos de botella a medida que surgieron. El asesoramiento se centró específicamente en los aspectos técnicos de los servicios de PrEP, y en la recopilación y utilización de datos en tiempo real para el monitoreo del programa.

3023**INDIVIDUOS HAN INICIADO LA
PREP HASTA MARZO DE 2022****30%****DE LOS USUARIOS DE LA PREP
SON JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS)**

Las organizaciones y redes comunitarias han trabajado para crear conciencia dentro de las comunidades y generar demanda de servicios de PrEP. Se crearon grupos de proveedores y trabajadores comunitarios en cada sitio de servicio utilizando la aplicación Telegram, la cual permite la comunicación oportuna y el intercambio de información sobre PrEP. Además, los trabajadores comunitarios pueden utilizar estos grupos de Telegram para programar citas para el servicio PrEP para sus clientes. Las actividades de creación de demanda centradas en la comunidad incluyeron actividades de divulgación física, eventos especiales y uso de redes sociales y en línea (a través de personas influyentes y líderes comunitarios). Estos fueron complementados con una campaña de cambio social y de comportamiento de NCHADS que se llevó a cabo a través de las redes sociales. Las organizaciones comunitarias también refieren a los miembros de la comunidad a los servicios de PrEP, y también han intervenido para aliviar la carga económica (como los costos de transporte) que pueden asociarse con el acceso a la PrEP.

Hasta marzo de 2022, 3023 personas han iniciado la PrEP y 1944 personas están utilizando la PrEP actualmente. Entre los usuarios de PrEP, el 69% son hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, el 17% son personas transgénero y el 12% son trabajadoras de entretenimiento.¹ Los jóvenes (de 15 a 24 años) constituyen el 30% de los usuarios de PrEP. Phnom Penh, la ciudad capital, representa el 78% de los usuarios de PrEP, y la retención es muy alta: el 70% entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras de entretenimiento, y el 80% entre las mujeres transgénero y las parejas de personas que viven con VIH.

La PrEP está demostrando ser una adición poderosa y bienvenida a los esfuerzos de prevención del VIH enfocados en las poblaciones en mayor riesgo. "Tomo PrEP porque estoy vendiendo sexo y tengo muchas parejas, y mis parejas no siempre usan un condón", dijo Pen, una mujer transgénero de 34 años que vive en Phnom Penh. "La PrEP está ayudando a protegerme de la infección por VIH".

La conveniencia de PrEP es un punto de venta importante para los miembros de las poblaciones clave de Camboya. "No me enfrento a un gran desafío tomando PrEP ya que el servicio está disponible durante el fin de semana, así que no tengo que pedir tiempo libre en mi lugar de trabajo", dice Hay, un hombre de 24 años cuya pareja masculina es VIH positivo. "Para mí, la PrEP es fácil de tomar, sin efectos secundarios. Puedo hacer mi trabajo diario como siempre."

Camboya está utilizando actualmente los datos de los programas para identificar y abordar los problemas en curso. Se están tomando medidas para fortalecer las actividades de creación de demanda, hacer que las clínicas sean lo más fáciles de usar, desarrollar aún más la capacidad de los proveedores, generar mejores datos para comprender por qué las personas dejan de usar la PrEP y fortalecer los sistemas de gestión de la cadena de suministro para evitar el desabastecimiento de medicamentos. El país también está trabajando para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de la PrEP, integrándola como un servicio continuo en las clínicas administradas por el gobierno.

¹ Las trabajadoras de entretenimiento se definen como mujeres o niñas que intercambian servicios sexuales por dinero o bienes, ya sea regularmente u ocasionalmente.

LUCHA CONTRA EL ESTIGMA QUE PADECEN LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN BRASIL

Con un riesgo de contraer VIH 14 veces mayor que el de las mujeres en la población adulta (de 15 a 49 años), las mujeres transgénero tienen una necesidad apremiante de tener acceso a la PrEP y otros componentes de la prevención combinada. Sin embargo, la exclusión social, junto con el estigma, la discriminación y el riesgo de violencia, dificulta que muchas personas transgénero obtengan la información y los servicios que necesitan.

En 2021, ONUSIDA lanzó EL Proyecto FRESH en colaboración con Casa Florecer, un centro de acogida transgénero pionero en São Paulo, Brasil. El proyecto utiliza el manejo de contingencias, un proceso de refuerzo positivo, para promover comportamientos saludables. El diseño del proyecto se basa en la evidencia de que diferentes tipos de incentivos pueden mejorar los resultados de salud, incluyendo la supresión viral del VIH (36).

FRESH comenzó con un taller para mujeres transgénero centrado en el manejo de contingencias, el autocuidado y la prevención combinada. Se identificaron embajadores y personas influyentes entre los residentes de Casa Florecer para ayudar a promover los objetivos del proyecto.

En los 10 días posteriores al taller, el fotógrafo Sean Black, que se especializa en retratar a personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), especialmente a personas que viven con VIH, enseñó a las personas participantes técnicas fotográficas que luego utilizaron para documentar sus propias experiencias diarias. Las 24 mujeres transgénero que completaron el programa de 10 días fueron reconocidas por sus fotos al ser invitadas a participar en un día de belleza, que incluyó los servicios de un estilista profesional y una sesión fotográfica de Sean Black.

"Fue increíble darse cuenta, a lo largo de los días, de cuántas mujeres tenían una opinión muy negativa de sí mismas, reflejando el estigma que sufren por parte de la sociedad".

– Sean Black, Fotógrafo



"Fue increíble darse cuenta, a lo largo de los días, de cuántas mujeres tenían una opinión muy negativa de sí mismas, reflejando el estigma que sufren por parte de la sociedad", dijo Black. "Se descubrieron a sí mismas como las personas hermosas y únicas que son y comprendieron lo fundamental que es cuidar de sí mismas".

Las fotos de la sesión fotográfica fueron expuestas en un evento en São Paulo, celebrando el Día Internacional contra la Homofobia, Transfobia y Bifobia. Durante el evento, los participantes de FRESH compartieron sus pensamientos y emociones sobre la participación en la iniciativa y las lecciones que habían aprendido.

Al menos una de las participantes en el proyecto habría iniciado la PrEP. "La discusión sobre la prevención combinada y la PrEP es muy relevante e impactante", dijo Amanda Félix, de Casa Florecer. "Me cuido a mí misma [y] a mi marido, también. Hemos estado juntos durante cinco años. Iniciativas como esta deben ocurrir más a menudo y en más lugares".

Como parte del Proyecto FRESH en São Paulo, Brasil, mujeres transgénero residentes de la Casa Florecer fueron entrenadas en fotografía por el fotógrafo norteamericano Sean Black, 2021.

¿PUEDEN LOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA LLEVAR LA PREVENCIÓN DEL VIH AL SIGUIENTE NIVEL?

Los antirretrovirales de acción prolongada para la PrEP pueden agregar un gran impulso a la prevención del VIH, si se superan los precios y otras barreras que limitan su uso.

Tanto la PrEP oral como la inyectable de acción prolongada son seguras, bien toleradas y altamente eficaces para prevenir la infección por VIH (37). Mientras que la PrEP oral se toma diariamente o antes de las relaciones sexuales, el cabotegravir inyectable (un nuevo medicamento antirretroviral que también se usa para tratar a las personas con VIH) proporciona ocho semanas de protección continua contra la infección por VIH a través de una sola inyección intramuscular. Esto puede evitar algunos desafíos asociados con la PrEP oral, como las dificultades para tomar las píldoras orales de manera consistente y el temor de las personas al estigma asociado con tomar antirretrovirales.

Dos ensayos controlados aleatorios que compararon el cabotegravir inyectable de acción prolongada con la PrEP oral encontraron una reducción del 79% en el riesgo de adquisición del VIH entre los participantes del estudio que recibieron cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA) en comparación con los participantes que recibieron la PrEP oral. Se destaca que tanto la PrEP oral como CAB-LA son altamente efectivos para reducir la adquisición del VIH: en los dos ensayos, la adherencia significativamente menor a la PrEP oral fue en gran medida responsable de la mayor reducción del riesgo observada en las personas que tomaron CAB-LA (38–40).^{5,6}

Dos ensayos controlados aleatorios que compararon el cabotegravir inyectable de acción prolongada con la PrEP oral encontraron una reducción del 79% en el riesgo de contraer el VIH entre los participantes del estudio que recibieron cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA) en comparación con los participantes que recibieron la PrEP oral.

5 El estudio HPTN 084 incluyó a más de 3200 mujeres en Botsuana, Suazilandia, Kenia, Malawi, Sudáfrica, Uganda y Zimbabue.

6 El análisis de los datos del estudio indica que hubo un tercio de nuevas infecciones por VIH entre las personas que tomaron inyecciones de CAB-LA que entre las que tomaron la PrEP oral (usando tenofovir disoproxil fumarato más emtricitabina o TDF/FTC). El número total de infecciones entre las personas que tomaron cualquiera de las dos versiones de PrEP fue muy bajo.

79%

79% DE REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CONTRAER VIH ENTRE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO QUE RECIBIERON CABOTEGRAVIR INYECTABLE DE ACCIÓN PROLONGADA.

En lugar de reemplazar la PrEP oral, los inyectables de acción prolongada ofrecen una opción adicional que puede aumentar el número de personas que utilizan métodos efectivos para prevenir las infecciones por VIH. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos otorgó la aprobación reglamentaria para el uso de CAB-LA para la PrEP en los Estados Unidos en diciembre de 2021, y se espera la aprobación reglamentaria en varios otros países (37). La OMS publicará las directrices sobre CAB-LA para la prevención en julio de 2022.

Sin embargo, los inyectables de acción prolongada tienen sus propios desafíos. Por ejemplo, requieren el apoyo clínico para la administración y el seguimiento de las inyecciones (41). El rápido desarrollo de la ciencia de implementación para guiar la adopción a gran escala de la PrEP inyectable de acción prolongada será de vital importancia para comprender los problemas pendientes y los enfoques de implementación para las poblaciones que necesitan urgentemente opciones de prevención eficaces.

La asequibilidad también es una preocupación importante: el suministro anual de CAB-LA tenía un precio aproximado de US\$ 22 200 (US\$ 1850 por mes) en los Estados Unidos a principios de 2022, y los estudios de modelos de Sudáfrica y los Estados Unidos muestran que los precios actuales limitan drásticamente el impacto potencial de esta opción de prevención en la salud pública (42–45).

Los estados muestran que los precios actuales limitan drásticamente el impacto potencial de esta opción de prevención en la salud pública.

Esto no significa que CAB-LA no se pueda vender a un precio asequible: el análisis realizado por la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud sugiere que se pueden lograr reducciones significativas del costo de los medicamentos con el esfuerzo colectivo y la participación de los fabricantes de genéricos a largo plazo. ONUSIDA, las redes comunitarias y las organizaciones no gubernamentales están instando al fabricante del medicamento a otorgar una licencia genérica para su producción, junto con transferencias de tecnología de apoyo (46). El fabricante ha indicado su voluntad de explorar posibles acuerdos voluntarios de concesión de licencias en países de ingresos bajos y medios (47, 48).

EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA, LAS ADOLESCENTES Y LAS MUJERES JÓVENES CORREN UN ALTO RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH

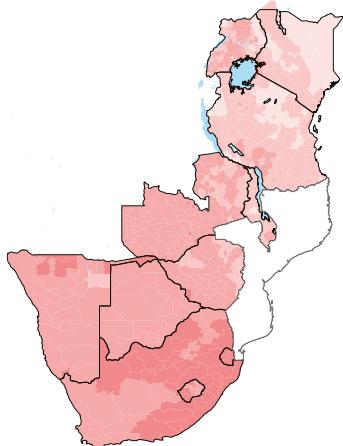
A nivel mundial, casi tres de cada cinco, o 250 000 [150 000–360 000] de los 400 000 [250 000–570 000] jóvenes que contrajeron el VIH en el 2021 eran niñas adolescentes y mujeres jóvenes. En el África subsahariana, representaron casi cuatro de cada cinco nuevas infecciones entre los jóvenes. Dentro de este grupo, hay subpoblaciones de niñas adolescentes y mujeres jóvenes que tienen un mayor riesgo de contraer el VIH que otras (Figura 2.6).

Casi tres de cada cinco jóvenes que contrajeron el VIH en el 2021 eran niñas adolescentes y mujeres jóvenes.

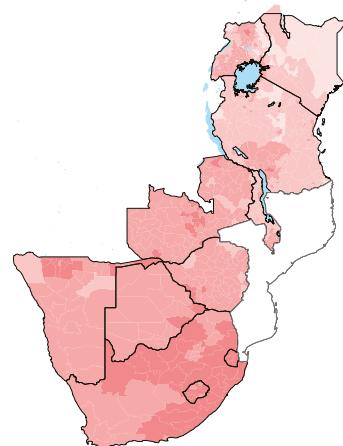
En las zonas donde la incidencia del VIH supera el 1%, se necesita una prevención combinada intensiva, incluyendo condones, pruebas del VIH, acceso a antirretrovirales (indetectable = intransmisible), alcance comunitario y disponibilidad de la PrEP para las personas que enfrentan el mayor riesgo de infección. La guía mundial sugiere que cuando la incidencia del VIH supera el 3%, también debería haber una amplia promoción y una alta cobertura de la PrEP, además de apoyo adicional para el empoderamiento de los más vulnerables.

FIGURA 2.6 Incidencia del VIH a nivel de distrito entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) por riesgo sexual

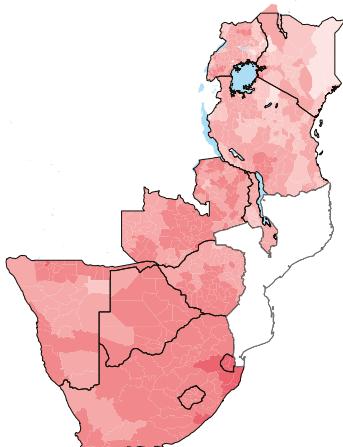
**TODAS LAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES
(DE 15 A 24 AÑOS)**



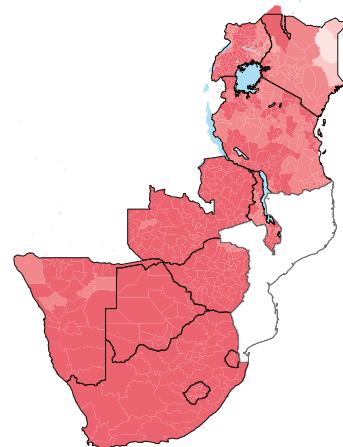
**NIÑAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES
(DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD) QUE SON SEXUALMENTE
ACTIVAS CON UNA PAREJA CON LA QUE COHABITA**



**NIÑAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES
(DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD) QUE SON SEXUALMENTE
ACTIVAS CON PAREJAS SEXUALES NO REGULARES**



**NIÑAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES
(DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD) DE POBLACIONES
CLAVE QUE SON SEXUALMENTE ACTIVAS**



< 1 (MUY BAJO) 1-3 (BAJO) > 3-10 (ALTO) > 10-30 (MUY ALTO) > 30 (EXTREMADAMENTE ALTO)

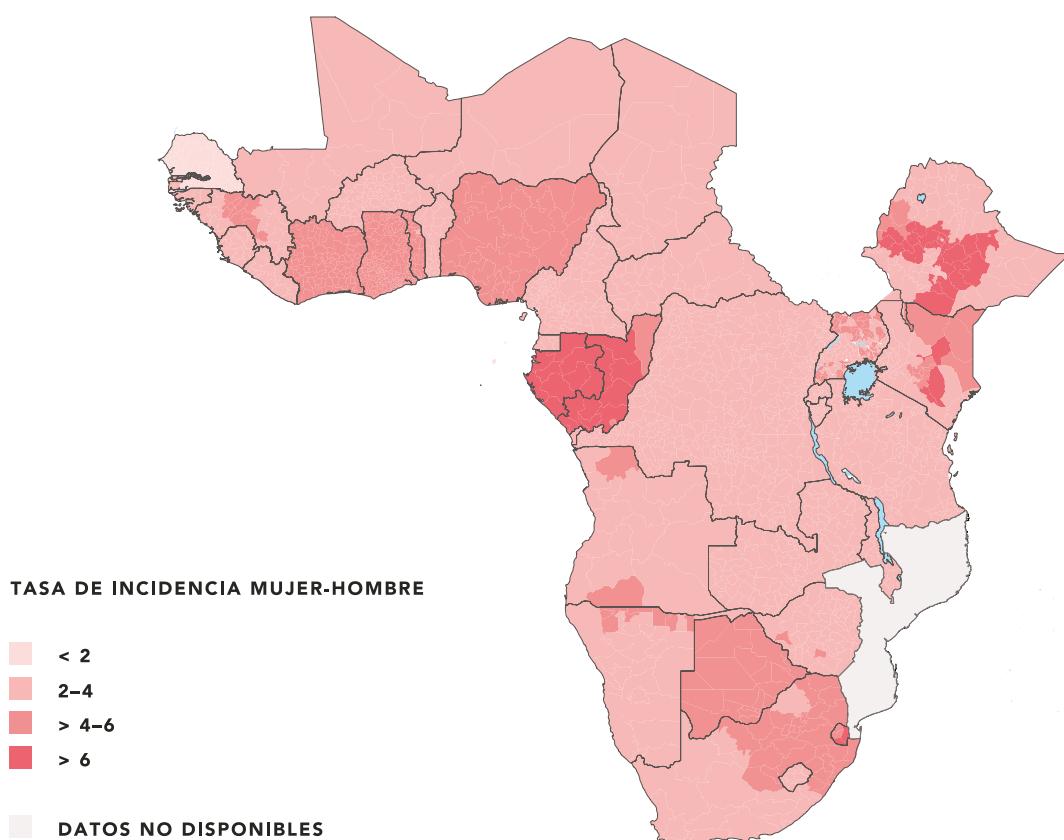
Fuente: Howes A, Risher KA, Kinh Nguyen V, Stevens O, Jia KM, Wolock TM, et al. Estimaciones espacio-temporales de las proporciones de los grupos de riesgo de VIH para niñas adolescentes y mujeres jóvenes en 13 países prioritarios en el África subsahariana. medRxiv. 2022:2022.2007.2012.22277551.

Nota: Nuevas infecciones por VIH por cada 1000 personas no infectadas.

Nota: Doce países están incluidos en el mapa.

Las marcadas disparidades relacionadas con el sexo definen la epidemia del VIH en el África subsahariana. En promedio, la tasa de nuevas infecciones en toda la región es más de tres veces mayor entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que entre sus pares masculinos, una proporción que se ha ampliado desde el 2000. A nivel subnacional, la incidencia del VIH en las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes en algunos países es más de seis veces mayor que en los hombres y los niños (Figura 2.7).

FIGURA 2.7 Tasa de incidencia del VIH de mujer-hombre entre los adolescentes (de 15 a 24 años), niveles subnacionales, África subsahariana, 2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022.

Nota: Análisis disponible para 37 países en África subsahariana con datos requeridos a nivel subnacional. Los datos requeridos incluyen una encuesta basada en la población con pruebas de VIH, terapia antirretroviral y datos del programa de atención prenatal. Los países del África subsahariana no incluidos son Comoras, Yibuti, Eritrea, Madagascar, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Seychelles, Somalia, Sudán del Sur y Sudán.

Los programas de prevención que se centran en las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes están teniendo un impacto: en el mundo, entre el 2000 y 2021, las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en un 55%, y la tasa de esa disminución se aceleró en la última década. Los programas de prevención combinados dedicados para las niñas adolescentes y mujeres jóvenes están operando en más del 40% de los lugares de incidencia alta en 19 países del África subsahariana, pero deben ser más abundantes para garantizar el acceso en el 95% de los lugares en donde hay incidencia del VIH (49).

LA DESIGUALDAD DE GÉNERO Y LA DISCRIMINACIÓN MANTIENEN EN MARCHA LA EPIDEMIA DEL VIH

Las desigualdades de género están ralentizando el progreso en la reducción de las infecciones por el VIH entre las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes (50, 51). Privan a las mujeres y las niñas de sus derechos fundamentales a la educación, la salud y la autonomía económica, y las privan del control sobre sus vidas sexuales, siendo la violencia de género una amenaza perenne. Además, las leyes y las políticas con frecuencia parecen negar que, en todo el mundo, proporciones importantes de niñas adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales a edades tempranas (52, 53). Como resultado, las niñas adolescentes en muchos países no pueden acceder a la información sobre el VIH, condones y otros anticonceptivos, ni a los servicios de salud sexual y reproductiva sin el consentimiento de un progenitor o tutor (ver Capítulo 3).

La prevención del VIH es más eficaz cuando las mujeres y las niñas controlan su cuerpo y su vida sexual, están libres de violencia y pueden utilizar los servicios y recibir el apoyo que necesitan. Esto recalca el valor de reunir herramientas biomédicas e intervenciones conductuales y estructurales, y centrarlas en entornos donde la incidencia del VIH es más alta (46, 49). Estas intervenciones combinadas son doblemente importantes para las mujeres que pertenecen a poblaciones clave, ya que suelen experimentar múltiples formas de discriminación, violencia de género e injusticia, y corren un riesgo muy alto de infección por VIH (47, 50). Además, los programas de prevención combinada logran los mejores resultados cuando las mujeres jóvenes participan activamente en su configuración e implementación, lo que hace vital una mayor inversión en organizaciones dirigidas por mujeres y arraigadas en la comunidad.

Los programas de prevención combinada logran los mejores resultados cuando las mujeres jóvenes participan activamente en su configuración e implementación.

La escala es un problema: la prevención del VIH debe pasar de proyectos fragmentados a programas a gran escala que combinen la prevención del VIH, la prevención de la violencia de género y el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva con componentes que apoyen a las niñas a permanecer en la escuela, empoderar a las mujeres y las niñas y establecer relaciones de género equitativas. El proyecto HERStory en Sudáfrica, por ejemplo, enfatiza la finalización de la escuela secundaria, las herramientas de prevención como los preservativos y la PrEP, los servicios de salud sexual y reproductiva, e intervenciones que abordan la violencia de género (48).

Las herramientas biomédicas también siguen siendo cruciales. Las tecnologías como la PrEP (incluyendo las versiones inyectables de acción prolongada y los anillos vaginales) son muy prometedoras y aún deben ampliarse y ponerse a disposición de la mayoría de las mujeres y niñas adolescentes que corren un riesgo alto de contraer VIH (47).

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

La educación sexual integral de calidad permite a los jóvenes adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades que necesitan para tomar decisiones sensatas sobre su vida sexual y reproductiva, y permanecer libre del VIH (51). Se ha demostrado que retrasa la iniciación sexual, aumenta el uso de condones y anticonceptivos, reduce los embarazos de adolescentes y apoya la prevención del VIH y otras ITS (52–55). Cuando la educación sexual aborda la desigualdad de género y la dinámica de poder en las relaciones, puede ser cinco veces más eficaz para prevenir las ITS y los embarazos no planificados que los planes de estudio que ignoran esos temas (61).

85%

DE LOS 155 PAÍSES INFORMANTES AHORA TIENEN POLÍTICAS O LEYES QUE CONTEMPLAN LA PROVISIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS, SEGÚN EL ÚLTIMO ANÁLISIS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN TODO EL MUNDO REALIZADO POR LA UNESCO.

A pesar de esto, la educación sexual integral no cuenta con el apoyo universal, y los adultos en algunas comunidades afirman que fomenta la promiscuidad y la toma de riesgos. La evidencia no respalda esas creencias, y al menos el 85% de los 155 países informantes ahora tienen políticas o leyes que contemplan la provisión de educación sexual en las escuelas, según el último análisis dirigido por la UNESCO sobre educación sexual integral en todo el mundo (56). Un total de 78 países exigen una educación sobre el VIH y la sexualidad basada en aptitudes para la vida en escuelas primarias y secundarias (56).

Sin embargo, los marcos normativos y jurídicos no garantizan una implementación concertada o de calidad; de hecho, el análisis de la UNESCO determinó que los planes de estudio se impartían deficientemente en muchos países (56). Como resultado, la información que reciben los jóvenes es a menudo incompleta y ambigua. Por ejemplo, los datos de encuestas del África subsahariana (2015–2020) muestran que sólo el 37.6% de los jóvenes (entre 15 a 24 años) tenían conocimientos completos sobre el VIH (62, 63). Estas brechas de conocimientos se extienden a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluidas otras ITS y la anticoncepción.

78

LOS PAÍSES EXIGEN EDUCACIÓN SOBRE EL VIH Y LA SEXUALIDAD BASADA EN LAS APTITUDES PARA LA VIDA, TANTO EN LAS ESCUELAS PRIMARIAS COMO EN LAS SECUNDARIAS.

La educación sexual integral de calidad debe estar disponible para todos los adolescentes y jóvenes, dentro y fuera de la escuela, y debe incorporar temas de género, derechos e identidad sexual. Idealmente, los planes de estudio reflejarían el hecho de que el sexo está atado a la búsqueda del placer, la curiosidad y la autoexpresión, como lo están haciendo algunos programas en Ghana y Kenia, por ejemplo (64, 65). Los enfoques consultivos, en los que participan maestros, alumnos, padres y la sociedad civil, pueden utilizarse para actualizar los planes de estudio, como lo han hecho países tan diversos como Jamaica, la República Democrática Popular Lao y Suecia. Los vínculos confiables con servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos amigables para los jóvenes, y, en entornos donde el VIH es una amenaza importante, con la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención del VIH, son una parte esencial de la educación sexual integral de calidad (56).

COBERTURA DESIGUAL DE LA PREVENCIÓN PARA POBLACIONES CLAVE

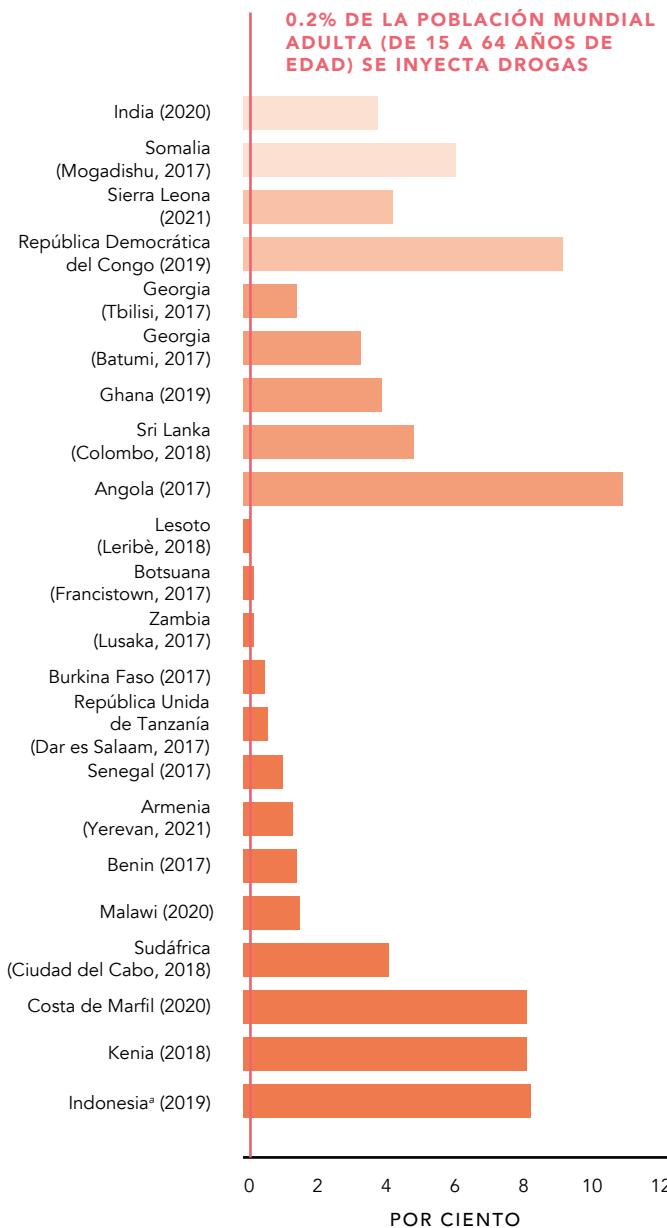
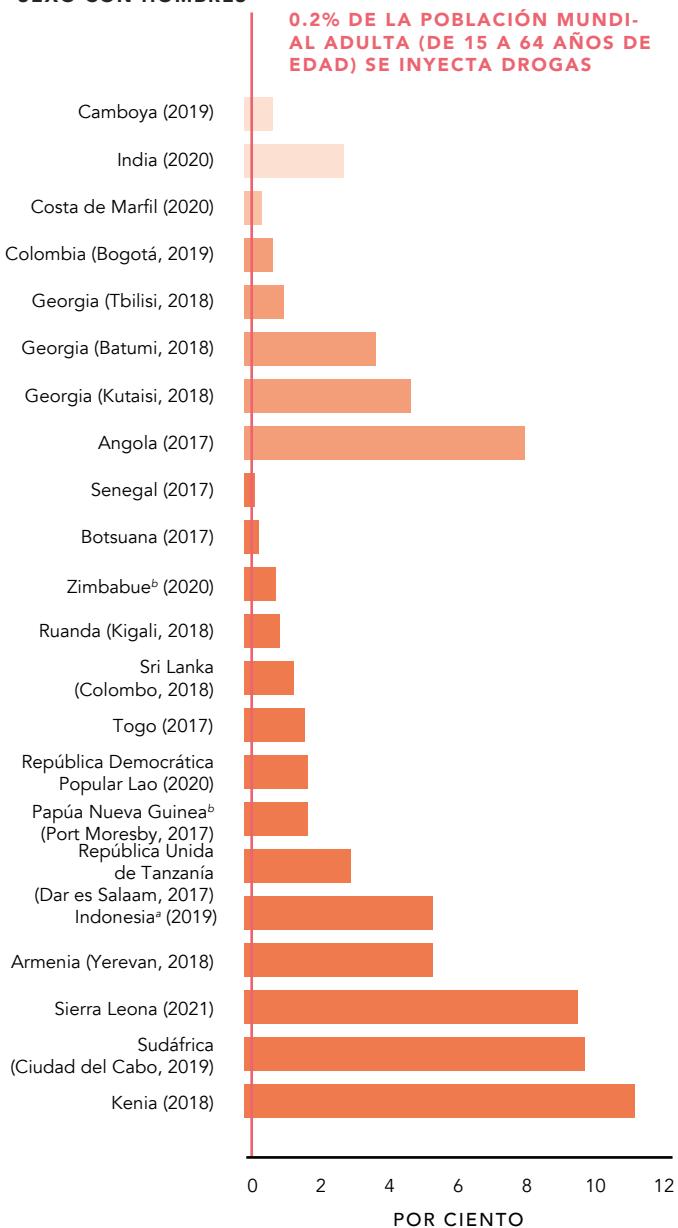
El acceso a servicios de prevención combinados contra el VIH entre las poblaciones clave sigue siendo limitado en la mayor parte del mundo (ver Figura 1.4 del Capítulo 1). En algunos entornos, los servicios de prevención para ciertas poblaciones clave están totalmente ausentes, aunque corren un riesgo marcadamente mayor de adquirir el VIH que la población en su conjunto (Figura 0.9 en la Introducción). Las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 70% de las infecciones por VIH en todo el mundo en el 2021 y el 94% de las infecciones fuera del África subsahariana (ver Figura 0.8 en la Introducción). Sus vulnerabilidades a veces también se superponen: una revisión de encuestas recientes encontró que una mediana del 3.6% de las trabajadoras sexuales y el 1.8% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres se inyectaban drogas, en comparación con el 0.2% de la población mundial adulta (de 15 a 64 años) (Figura 2.8).

AMPLIACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los servicios de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas rara vez se ofrecen en una escala significativa. En el 2021, los servicios de reducción de daños estaban disponibles en 87 países, en su mayoría a pequeña escala y principalmente en zonas urbanas. En Asia y el Pacífico y en Europa oriental y Asia central, regiones en las que el consumo de drogas inyectables es un factor importante de muchas epidemias nacionales, la terapia de sustitución de opioides alcanzó sólo el 9% y el 4%, respectivamente, de las personas que se inyectan drogas. En contraste, las personas que se inyectan drogas representaron el 10% de las nuevas infecciones por VIH en adultos en todo el mundo en el 2021, y la proporción aumentó a casi el 20% fuera del África subsahariana. En la mayoría de las regiones que proporcionaron datos, porcentajes relativamente altos (>70%) de las personas que se inyectan drogas informaron usar una aguja y una jeringa estéril en la última inyección, pero sólo alrededor del 42% recibieron una gama completa de servicios de prevención del VIH pertinentes.

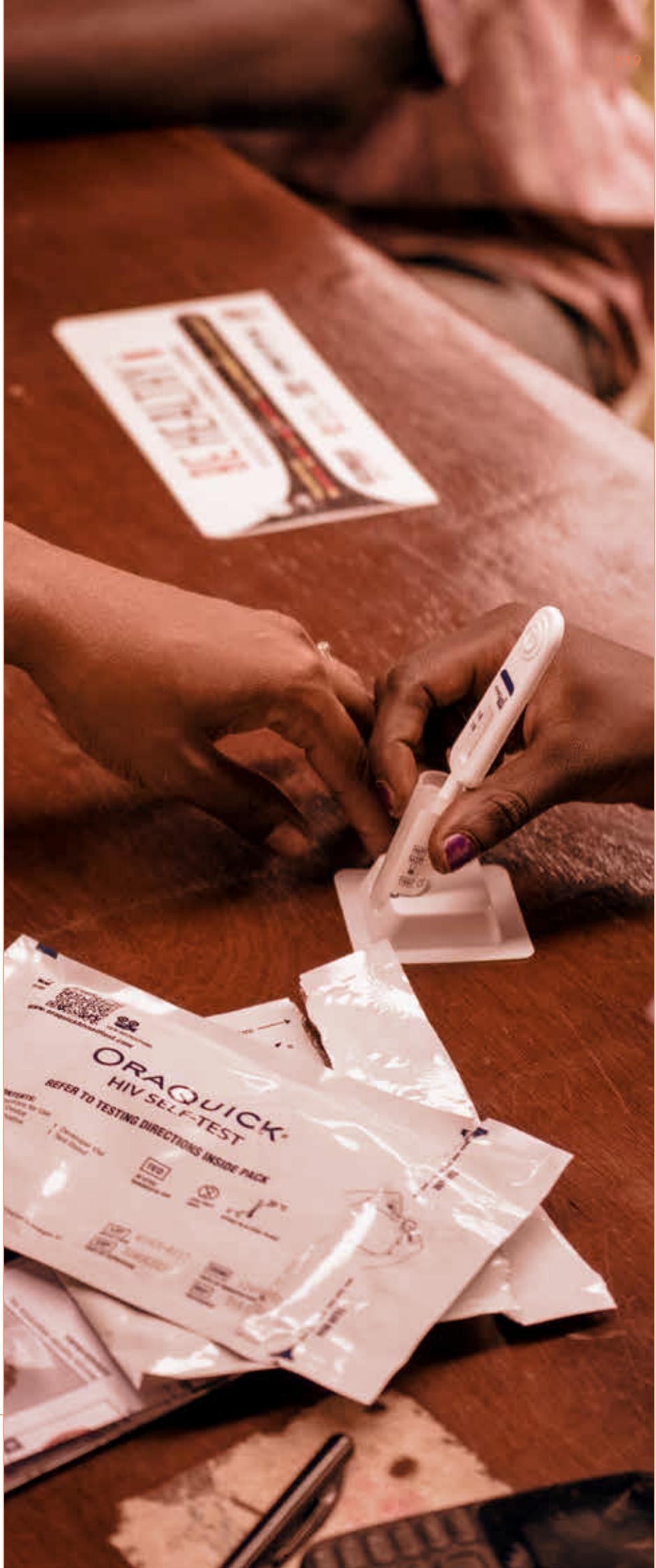
En todo el mundo, 64 países tienen un lenguaje explícito en apoyo de la reducción del daño en sus estrategias nacionales, y si bien la adopción de las estrategias de reducción del daño dentro de los países ha sido lenta, existen ejemplos alentadores de cambio. Por ejemplo, Uganda introdujo servicios de terapia con agonistas opioides en todo el país en el 2021 (66). Argelia, Egipto y Pakistán también aprobaron la terapia de sustitución de opioides en el 2021–2022, y Vietnam aprobó la ampliación de su programa de metadona para usar en casa (ver el artículo de Vietnam en el capítulo 2) (67, 68).

Entre las poblaciones clave, el estigma y la discriminación y las leyes y políticas punitivas aumentan la vulnerabilidad al VIH y reducen el acceso a los servicios de prevención. En el caso de las personas que se inyectan drogas, se necesitan medidas inmediatas para sustituir todas las formas de pruebas obligatorias de drogas y VIH y tratamiento obligatorio de drogas por enfoques voluntarios y no coercitivos.

FIGURA 2.8 Niveles coincidentes de vulnerabilidad entre trabajadoras sexuales y hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, 2017–2021**TRABAJADORAS SEXUALES****HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES**

- █ DROGAS INYECTADAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES
- █ DROGAS INYECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES
- █ DROGAS INYECTADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES
- █ DROGAS INYECTADAS EN ALGÚN MOMENTO

^a Adolescentes y jóvenes solamente^b Incluyendo a las mujeres transgénero



Taller sobre reducción de daños en el centro de asistencia de la Red de Reducción de Daños de Uganda en Mukono, Uganda, 24 de octubre de 2019.

AMPLIAR LOS PROGRAMAS DE METADONA EN EL HOGAR EN VIETNAM

Cuando los cierres de COVID-19 amenazaron la capacidad de las personas para acceder a la metadona, el Ministerio de Salud de Vietnam, con el apoyo activo de ONUSIDA y otros organismos de las Naciones Unidas (ONU), implementó una nueva política para llevar la metadona a los hogares. Un proyecto piloto nacional de tres provincias, así como un programa separado en Ciudad Ho Chi Minh, demostraron la eficacia de la metadona para llevar a casa como estrategia para asegurar el acceso continuo a los servicios y mejorar los resultados de salud entre las personas que se inyectan drogas.

Después de que la acción nacional temprana impidiera brotes explosivos de infección por COVID-19 durante las primeras olas de la pandemia, Vietnam experimentó un aumento de los casos de COVID-19 en agosto y septiembre de 2021 (69). El repunte del 2021 aumentó la carga sobre los sistemas de salud, mientras que los cierres estrictos interrumpieron los servicios e hicieron que las personas dudaran en asistir a los centros de salud diariamente.

Estas interrupciones dificultaron el acceso de las personas a la metadona. Vietnam ha proporcionado terapia de mantenimiento con metadona desde el 2008; en marzo de 2021 había más de 51 000 personas recibiendo terapia de mantenimiento con metadona en 341 clínicas y 232 puntos de distribución de medicamentos en 63 provincias o ciudades.

Estos programas alcanzaron niveles sólidos de retención, con un 88% de las personas inscritas en el programa piloto multi-provincial aun recibiendo metadona para llevar a casa después de seis meses.

Durante el estudio piloto nacional, se suministró metadona para llevar a casa a 232 personas en siete centros de la provincia de Lai Chau, a 355 personas en nueve centros de Dien Bien y a 361 personas en cinco centros de Hai Phong. En el programa separado en la ciudad de Ho Chi Minh, la metadona para llevar a casa llegó a 4415 personas en 23 clínicas. Entre los receptores de metadona para llevar a casa para varios días, la prevalencia del VIH fue alta (18.1% en el programa piloto de tres provincias y 30.1% en la ciudad de Ho Chi Minh) y la prevalencia de la hepatitis C fue aún mayor (70, 71).

Página siguiente

La Sra. Oanh, de 56 años de edad y quien vive con VIH, se inscribió en la terapia de mantenimiento tanto con antirretrovirales como con metadona desde el 2017. Dien Bien, Viet Nam, mayo de 2022.



Estos programas alcanzaron niveles sólidos de retención, con un 88% de las personas inscritas en el programa piloto multi-provincial que seguían recibiendo metadona para llevar a casa después de seis meses. A medida que el número de dosis para llevar a casa aumentó con el tiempo, las bajas tasas de interrupción disminuyeron aún más. También se notificaron tasas bajas de eventos adversos, ya que ninguna de las personas inscritas en el programa de la ciudad de Ho Chi Minh tuvo síntomas de sobredosis, y sólo el 3.2% de los participantes redujo u omitió una dosis intencionalmente.

«Una revisión independiente de mitad de período demostró que esta iniciativa satisfacía la demanda de los clientes [de mantenimiento con metadona]», dijo el Dr. Phan Thi Thu Huong, Director General de la Autoridad de Vietnam para el Control del VIH/sida. «El piloto demostrado también demostró, con un monitoreo apropiado, que es seguro que los clientes tomen dosis caseras de metadona. La iniciativa fue especialmente significativa y muy apreciada por los clientes en el contexto del brote de COVID-19 que hizo muy difícil ir a las clínicas de metadona a diario.

«Hemos duplicado el alcance geográfico del proyecto piloto en el 2022 y tenemos previsto incorporar directrices para las dosis para llevar a casa en las directrices nacionales actualizadas de la terapia de sustitución de opioides en el 2023».

El 99% de las personas inscritas en los proyectos multi-provinciales y de la ciudad Ho Chi Minh expresaron satisfacción con el programa.

El 99% de las personas inscritas en los proyectos multi-provinciales y de la ciudad de Ho Chi Minh expresaron satisfacción con el programa. La metadona para llevar a casa ayudó a superar algunas de las barreras clave para el uso de servicios que fueron mencionados por los clientes, incluyendo los gastos, el transporte y el tiempo requerido para asistir a la clínica. Según entrevistas cualitativas con participantes y médicos, la metadona para llevar a casa también mejoró la adherencia al tratamiento y aumentó el potencial de ingresos al reducir la necesidad de que los trabajadores acudieran a la clínica todos los días.

Estos beneficios fueron evidentes para la Sra. Oanh, una mujer de 56 años que vive con VIH en Dien Bien y que había estado inscrita en la terapia de mantenimiento con antirretrovirales y metadona desde el 2017. Antes de la pandemia de COVID-19, la Sra. Oanh pedaleaba cuatro kilómetros hasta la clínica de metadona todos los días, con lluvia o sol. La terapia de mantenimiento con metadona le ha permitido evitar el consumo de heroína y ha mejorado su salud y bienestar en general. Después de ser elegible para recibir el máximo de seis dosis para llevar a casa durante el proyecto piloto, la Sra. Oanh sólo tiene que acudir a la clínica una vez por semana, lo que le da más tiempo para sí misma y le permite permanecer en casa cuando hace mal tiempo. Espera que la metadona para llevar a casa continúe y se amplíe, e insta a que este enfoque siga siendo accesible y sin costo adicional para las personas que se inyectan drogas y que, como ella, tienen ingresos limitados.

Esta importante reforma es un paso clave hacia un enfoque del consumo de drogas basado en intervenciones integradas de reducción del daño y reducción del estigma basadas en la salud y los derechos humanos. Se necesitan más esfuerzos para mantener y ampliar esta iniciativa innovadora sobre la terapia de mantenimiento con metadona para llevar a casa durante varios días, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas que consumen drogas en Vietnam.

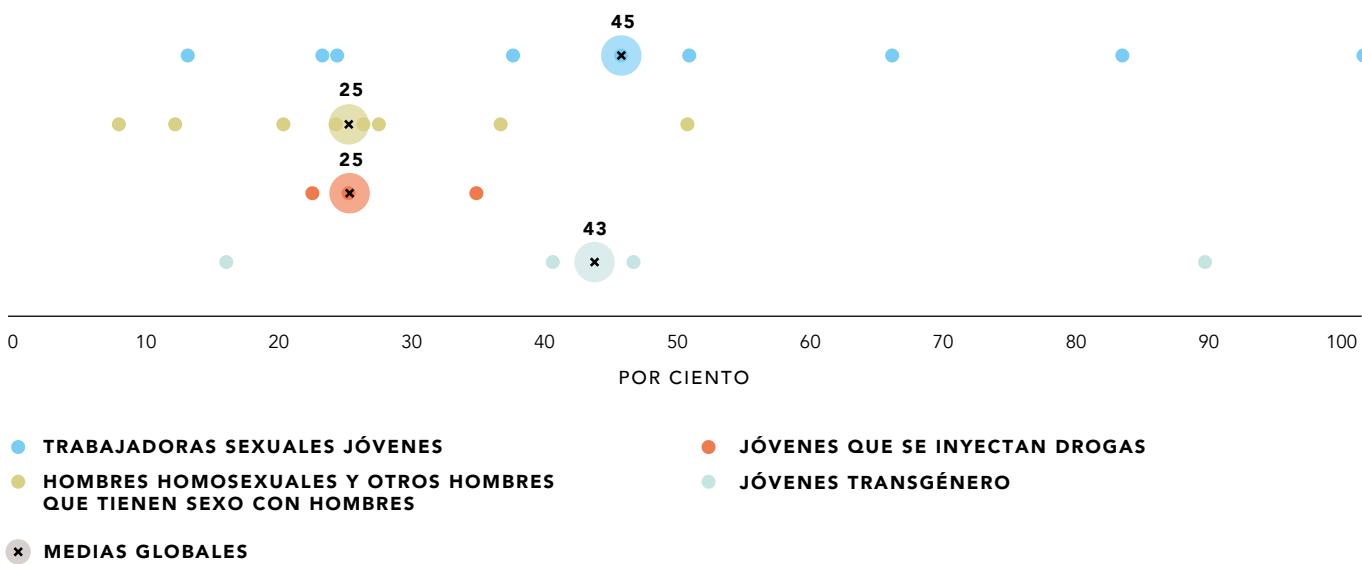


LAS POBLACIONES CLAVE JÓVENES DEJADAS EN LA SOMBRA

Las necesidades relacionadas con el VIH de las poblaciones clave jóvenes están especialmente descuidadas. En muchos lugares se carece de datos sobre las tendencias de infección por VIH y la cobertura de los servicios entre las poblaciones clave jóvenes, pero cuando los países recopilan y estudian estos datos, descubren que, fuera del África subsahariana, las poblaciones clave jóvenes representan la mayoría de las nuevas infecciones entre los jóvenes. En Asia y el Pacífico, por ejemplo, casi todas las nuevas infecciones por VIH entre los jóvenes se encuentran entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales (72).

La evidencia disponible indica que las poblaciones clave jóvenes enfrentan al menos tantas barreras a los servicios de prevención del VIH, incluyendo el acceso y uso de la PrEP, como sus contrapartes mayores. En Asia y el Pacífico, menos de la mitad de las poblaciones clave jóvenes, en promedio, accedieron a servicios integrales de prevención del VIH entre el 2017 y 2021 (con una variación significativa entre los países y las diferentes poblaciones clave) (Figura 2.9) (72). La criminalización de sus comportamientos, el acoso y la violencia a manos del personal encargado de hacer cumplir la ley, y el estigma y la discriminación cotidianos alejan a estos jóvenes de los servicios y del apoyo que necesitan. Los requisitos de edad de consentimiento y las actitudes críticas de los trabajadores de la salud, junto con las preocupaciones sobre la privacidad y la confidencialidad, son obstáculos adicionales (73).

FIGURA 2.9 Cobertura integral de prevención del VIH entre las poblaciones clave jóvenes (de 15 a 24 años), países seleccionados, Asia y el Pacífico, 2017-2021



Fuente: Monitoreo Global del SIDA, de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: La cobertura de prevención se mide como el porcentaje de personas en una población clave que informan haber recibido un conjunto combinado de intervenciones de prevención del VIH en los últimos tres meses (al menos dos de cada tres servicios): (1) se les dieron condones y lubricantes; (2) recibieron consejería sobre el uso de condones y sexo seguro; (3) se hicieron pruebas de ITS (para personas transgénero, trabajadoras sexuales y hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) o recibieron agujas o jeringas estériles (para personas que se inyectan drogas).

Nota: La mediana de la cobertura de prevención de las poblaciones clave jóvenes se calcula sobre la base de nueve países informantes para trabajadoras sexuales, ocho países informantes para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, cuatro países informantes para personas transgénero y tres países informantes para personas que se inyectan drogas.

Todas estas barreras son superables. Es probable que las intervenciones en materia del VIH para las poblaciones clave jóvenes funcionen mejor si incluyen el apoyo de pares y están diseñadas y dirigidas por organizaciones dirigidas por la comunidad que incluyen adolescentes y jóvenes (74). Las reformas legales o las soluciones alternativas pueden eludir las leyes y prácticas obstrutivas, mientras que la capacitación y la supervisión más estrecha pueden reducir el estigma y la discriminación en los establecimientos de salud. Los horarios de apertura y los servicios de la clínica también pueden adaptarse a las realidades vividas de las poblaciones clave jóvenes.

Los servicios de salud electrónica son una innovación prometedora que son particularmente convenientes y relevantes para las poblaciones clave jóvenes. Los programas de VIH pueden hacer un mejor trabajo al usar Internet, las redes sociales y las plataformas de citas para compartir información y vincular a las poblaciones clave jóvenes con los servicios pertinentes (73). El proyecto LoveYourSelf en Filipinas, por ejemplo, opera un servicio de distribución de preservativos en línea, basado en una aplicación en línea llamada SafeSpacesPH, que permite a los jóvenes acceder a los preservativos sin vergüenza ni estigma. En Tailandia, el sistema TestMeNow permite a los jóvenes reservar fácilmente una prueba de VIH en línea y luego realizarla en una clínica comunitaria o del sector privado (75).



Lighthouse Social Enterprise es una organización LGBTI dirigida por jóvenes que proporciona servicios de prevención del VIH a personas de las poblaciones clave, incluidos los jóvenes, Vietnam, 2021.

PERSONAS EN PRISIÓN: FUERA DE LA VISTA, FUERA DE LA MENTE

El VIH, la tuberculosis, la hepatitis viral (especialmente la hepatitis C) y ahora COVID-19 son amenazas importantes para los casi 12 millones de personas en todo el mundo que están recluidas en prisiones y centros de detención en un día determinado (76). Las personas encarceladas tienen cinco veces más probabilidades de vivir con VIH que los adultos en la población general; los datos comunicados a ONUSIDA en los últimos años muestran que, en promedio, más del 3% de la población penitenciaria mundial vive con VIH. El hacinamiento, la mala ventilación y la desnutrición, que ponen a las personas que viven y trabajan en prisiones y otros entornos cerrados en mayor riesgo de infección por VIH y la tuberculosis, también las están poniendo en mayor riesgo de infectarse con SARS-CoV-2 y de sufrir graves consecuencias para la salud cuando están infectados (77, 78).

5 TIMES

LAS PERSONAS EN PRISIÓN TIENEN CINCO VECES MÁS PROBABILIDADES DE VIVIR CON VIH QUE LOS ADULTOS EN LA POBLACIÓN GENERAL

Aunque las mujeres representan una minoría (7%) de la población penitenciaria mundial, algunos estudios sugieren que las mujeres encarceladas pueden tener más probabilidades de vivir con VIH que los hombres encarcelados o las mujeres de la comunidad en general (79–81). Los grupos con mayor riesgo de infección por VIH suelen ser también aquellos con mayor riesgo de encarcelamiento, como las personas que se inyectan drogas y las trabajadoras sexuales, porque muchos países criminalizan sus comportamientos. La prevalencia promedio del VIH entre las mujeres en prisión fue de casi el 4% ($n = 25$ países) hasta el 2021, en comparación con casi el 3% ($n = 50$ países) entre los hombres.

Un número pequeño, pero lentamente creciente de países proporciona al menos algunos servicios relacionados con el VIH en lugares de encarcelamiento: entre el 2017 y 2022, 52 países informaron que suministraban condones y lubricantes, siete tenían programas de agujas y jeringas, y 27 proporcionaron terapia de sustitución de opioides a personas privadas de libertad y otras personas encarceladas. Muchos de estos servicios dependen en gran medida de la financiación y el apoyo de los donantes. También están distribuidos de manera desigual entre las prisiones y tienden a estar mal vinculados a los programas nacionales de VIH, salud pública o salud y seguridad ocupacional. La falta de voluntad política es la mayor barrera subyacente (82–84).

Sin embargo, existen ejemplos alentadores de cambio. En el 2020, Kenia implementó su primer sitio de terapia de sustitución de opioides en una prisión para mujeres, hombres, personal y comunidades aledañas. En el 2021, se ejecutaron programas de prevención del VIH, incluida la distribución de preservativos en las cárceles de Kazajstán. Ucrania lanzó un pequeño programa de terapia de sustitución de opioides en la prisión en el 2021 y estaba tratando a 72 personas en seis instituciones en septiembre de 2021, con planes en marcha para ampliar el programa. Canadá ha implementado programas de intercambio de agujas en 11 instituciones correccionales federales. En la República de Moldavia, la administración penitenciaria nacional proporcionó 142 000 agujas y jeringuillas en las cárceles en el 2021, y cinco organizaciones de la sociedad civil se unieron para ofrecer pruebas del VIH en las cárceles. Quince de las 17 cárceles han sido certificadas por ofrecer el mismo nivel de servicios de atención médica que la comunidad en general. En Malawi, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), las clínicas de salud de las prisiones están prestando atención médica a unas 1200 personas que viven y trabajan en cuatro prisiones.

PREVENCIÓN COMBINADA PARA NIÑOS Y HOMBRES

A nivel mundial, el número de hombres y niños (de 15 a 49 años de edad) que contraen VIH ha disminuido en un 27% desde el 2010, en comparación con el 32% entre las mujeres y las niñas. Sin embargo, la mayoría de las nuevas infecciones por VIH fuera del África subsahariana ocurren en hombres y niños, principalmente durante relaciones sexuales sin protección con otros hombres o el uso no seguro de drogas inyectables. En el África subsahariana, la mayoría de los hombres que contraen VIH lo hacen durante las relaciones heterosexuales sin protección.

Los conocimientos sobre el VIH entre hombres y niños todavía tienden a ser bajo: en casi toda Asia y el Pacífico y en África subsahariana, menos de la mitad de ellos tienen conocimientos básicos sobre el VIH. En la mayoría de las regiones, los hombres adultos tienen menos probabilidades que las mujeres adultas de conocer su estado serológico respecto al VIH y, si son seropositivos, iniciar y permanecer en el tratamiento antirretroviral (85). Estas tendencias están determinadas en parte por los códigos de masculinidad vigentes que hacen hincapié en el estoicismo, la independencia y la fuerza, estereotipos que engañan a los hombres y a sus proveedores de atención de la salud por igual. Los enfoques utilizados en One Man Can (en Sudáfrica), MAISHA (en la República Unida de Tanzania) y otros proyectos han demostrado la posibilidad de mejorar las normas de género, cambiar códigos perjudiciales de masculinidad y apoyar la participación de niños y hombres en los servicios de VIH y otros servicios de salud (86–90). Otros factores también están en juego. Muchos modelos de servicios de salud, y los propios hombres, presentan la atención de salud como una preocupación principalmente femenina, y los trabajadores de la salud a menudo están mal equipados para abordar los problemas de salud de los hombres (91). En algunas regiones, los servicios para el VIH en centros de salud se organizan a menudo en torno a servicios de salud reproductiva, materna e infantil (14, 92–94). Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero enfrentan obstáculos adicionales debido al estigma y la discriminación o a la homofobia y la transfobia.

82%

DE LOS HOMBRES DE MALAWI VISITARON CENTROS DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

Los servicios de VIH tampoco están suficientemente integrados en los servicios de salud a los que asisten los hombres, ya sea que vayan por su cuenta o como cuidadores. Estudios realizados en Malawi muestran que el 82% de los hombres visitaron los centros de salud en los últimos 12 meses, a menudo mientras acompañaban a sus hijos o cónyuges, pero que la mayoría de esas visitas se realizaron en departamentos ambulatorios, donde rara vez se ofrecen servicios relacionados con el VIH (95, 96). En Brasil, se estima que nueve de cada 10 futuros padres se unen a sus parejas femeninas en al menos una visita de atención prenatal (97). Estas son oportunidades ideales para ofrecer a los hombres información sobre el VIH y otros servicios de salud. También se puede mejorar el acceso al servicio ampliando el horario de las consultas unas cuantas veces a la semana, reduciendo los tiempos de espera, disponiendo de espacios de consulta que ofrezcan cierta privacidad y capacitando a los trabajadores de la salud para que las visitas de atención médica se sientan menos intimidantes para los hombres (94). Las estrategias de divulgación también deben intensificarse para llegar a los hombres y niños adolescentes en los lugares donde se congregan (98, 99).

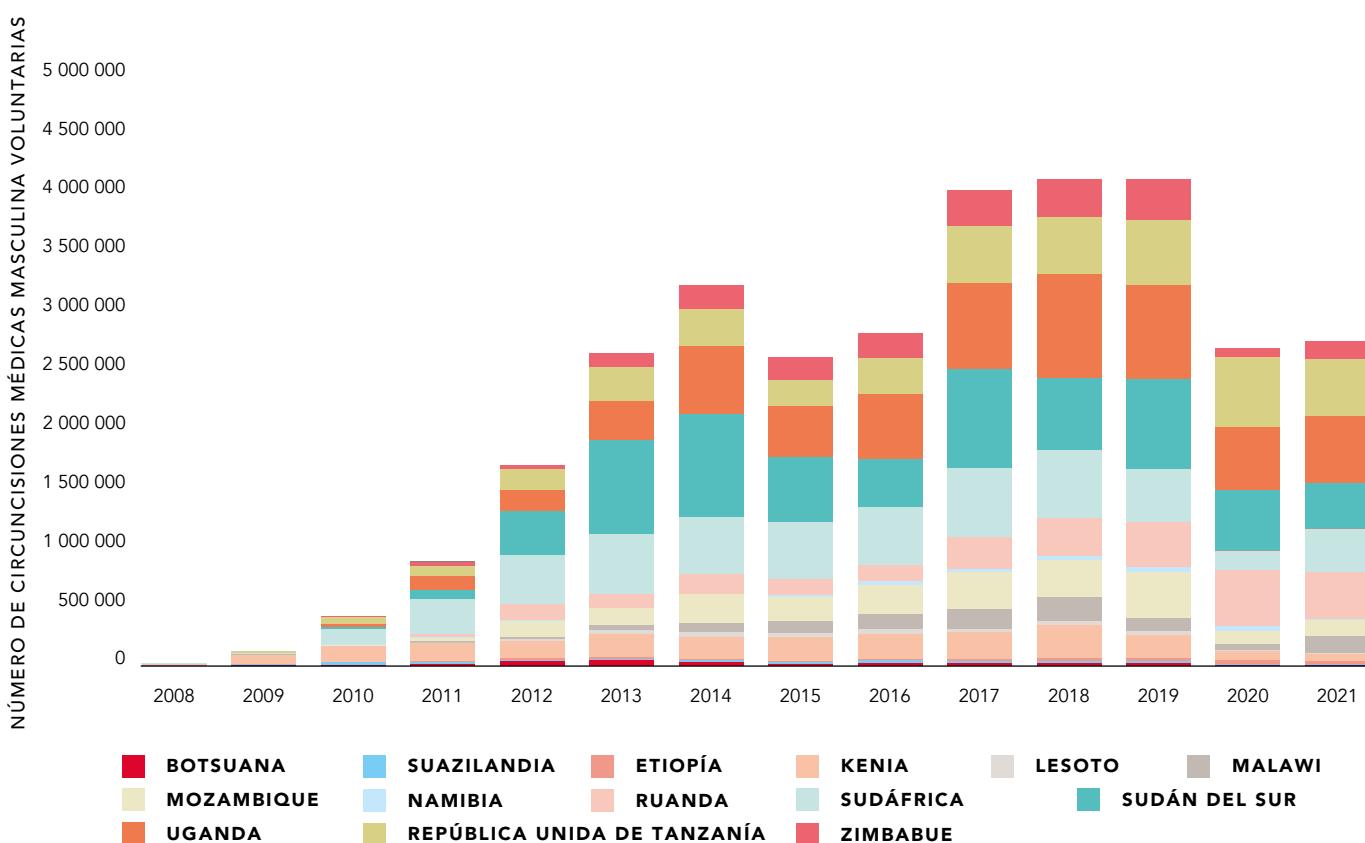
Para lograr un mayor impacto, los programas deben evitar tratar a los hombres como un grupo indiferenciado. Son diversos y sus razones para no utilizar los servicios varían entre las diferentes clases sociales, agrupaciones y contextos (14). Las estrategias que utilizan un enfoque centrado en las personas y proporcionan servicios de VIH de maneras pertinentes, respetuosas y convenientes serán más efectivas para prevenir el VIH entre hombres y niños, y mejorar los resultados para todos (100).

CIRCUNCISIÓN MÉDICA MASCULINA VOLUNTARIA: UNA INTERVENCIÓN ÚNICA QUE ES EFECTIVA Y ACCESIBLE

La alta cobertura de CMMV puede ayudar a lograr reducciones significativas de las nuevas infecciones por VIH en África oriental y meridional (donde se encuentran los 15 países prioritarios para los programas de CMMV), especialmente si se combina con altos niveles de terapia antirretroviral en mujeres y niñas (101). Como una intervención única, la CMMV es considerablemente más rentable que las intervenciones de prevención que requieren administración repetida (1).

Más de una docena de países africanos han estado operando programas CMMV desde el 2007, pero esos programas se vieron gravemente interrumpidos durante el primer año de la pandemia de COVID-19 (Figura 2.10). Según una estimación, hubo una reducción del 34% en el número de CMMV realizados en el 2020 en 15 países prioritarios en comparación con el 2019 (102). Desde entonces, los países han reanudado sus programas, pero la aceptación no ha vuelto a los niveles anteriores a COVID-19, debido en parte a la reducción del financiamiento.

FIGURA 2.10 Número anual de circuncisiones médicas masculinas voluntarias, 15 países prioritarios, África oriental y meridional , 2008-2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Hasta ahora, los programas de CMMV han llegado a grupos de edad más jóvenes, retrasando su impacto en la transmisión del VIH (103). El enfoque ahora se ha desplazado hacia el aumento de la cobertura entre los hombres adultos que corren un mayor riesgo de infección por VIH, lo cual puede ser más desafiante. Requiere inversión en adaptaciones que aborden las barreras al acceso e impulsen la demanda, especialmente para los hombres con ingresos más bajos y aquellos que viven en áreas rurales. Los obstáculos incluyen las preocupaciones de los hombres sobre el posible dolor y los efectos adversos, la baja percepción del riesgo de contraer VIH y la preocupación de que la circuncisión pueda considerarse anormal en sus comunidades (104–107). Las preocupaciones sobre la pérdida de ingresos durante el proceso y la recuperación de este, así como los gastos de transporte, también parecen inhibir la aceptación (108). Los servicios de CMMV que se ofrecen principalmente en áreas urbanas y en lugares de trabajo y escolares también pueden pasar por alto a muchos hombres de bajos ingresos, especialmente aquellos en áreas rurales.

Se ha demostrado que el alcance móvil llega a más hombres y niños en las zonas con servicios deficientes. Por ejemplo, los servicios de extensión creados en torno a asociaciones con organizaciones comunitarias en Zambia vieron un aumento diez veces en la captación de CMMV entre hombres de 19 a 34 años (109). También hay indicios de que la compensación financiera puede aumentar la aceptación de CMMV: cuando se ofreció el equivalente de dos días de salario mínimo (alrededor de US\$ 6) para cubrir los salarios perdidos en Malawi, los hombres de 20 años o más tenían muchas más probabilidades de aceptar una oferta de CMMV (110, 111). De manera similar, la introducción de incentivos financieros en un estudio realizado en Zambia coincidió con un aumento en la adopción de CMMV del 3% al 37% (108).

Los servicios de divulgación creados en torno a asociaciones con organizaciones comunitarias en Zambia experimentaron un aumento diez veces mayor de la aceptación de la circuncisión médica masculina voluntaria entre los hombres de 19 a 34 años de edad.

La vinculación de CMMV con los servicios para parejas femeninas también ha demostrado ser prometedora (111). En Ruanda, un programa de CMMV se enfoca en parejas de niñas adolescentes y mujeres jóvenes que participan en la iniciativa PEPFAR DREAMS, mientras que un proyecto en Botsuana se centra en parejas masculinas de mujeres que se han sometido a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino (111). Los programas sostenibles de CMMV requerirán una evolución gradual hacia la integración del servicio en los sistemas nacionales de salud.

PODEMOS MEJORAR LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL VIH EN LOS NIÑOS

Menos niños están contrayendo VIH que hace una década, pero todavía había 160 000 [110 000–230 000] nuevas infecciones entre niños (de 0 a 14 años) en el 2021. El análisis de los datos está aclarando por qué y dónde siguen ocurriendo estas infecciones. Los países que han reducido drásticamente la transmisión vertical del VIH lo han hecho con una cobertura muy alta de las pruebas y el tratamiento del VIH entre las mujeres embarazadas que viven con VIH, lo que se ha logrado en parte mediante un cambio integral para tratar todas las políticas (ver la historia de Botsuana en este capítulo). Este enfoque permite a las mujeres que viven con VIH iniciar la terapia antirretroviral mucho antes de la concepción y lograr una carga viral baja durante el embarazo y después del mismo.

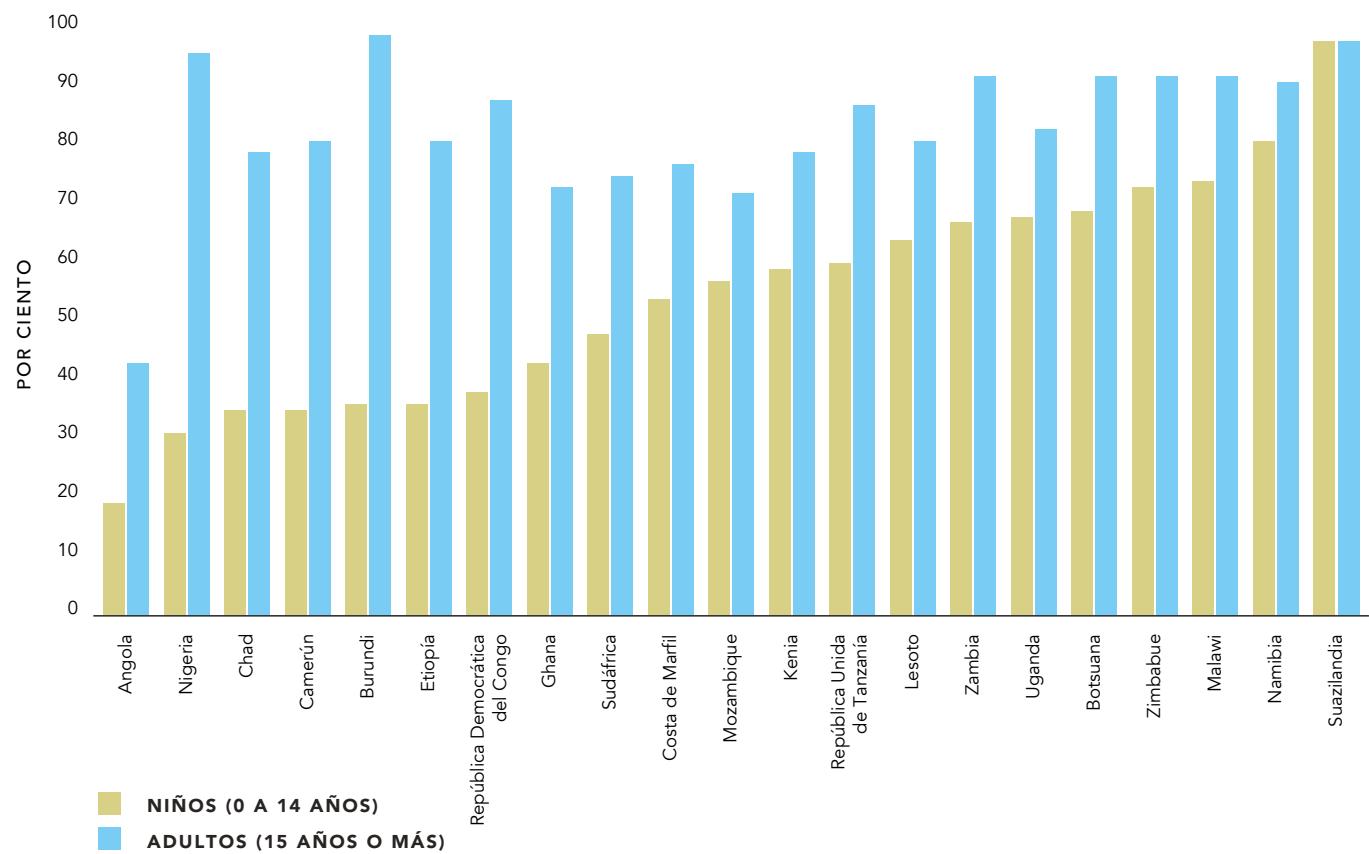
160 000

NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN
NIÑOS (DE 0 A 14 AÑOS DE EDAD)
EN EL 2021

Las madres y las mujeres embarazadas deben poder acceder a los servicios de salud de manera segura y conveniente. Por lo tanto, los derechos humanos, la igualdad de género y la participación de la comunidad deben estar en el centro de las estrategias de los países para eliminar la transmisión vertical del VIH. Esto se destaca en los informes de que las mujeres que viven con VIH en algunos países (entre ellos Botsuana, Kenia, Malawi, Uganda, los Estados Unidos, Zambia y Zimbabue) han sido procesadas por amamantar y supuestamente exponer a los recién nacidos a la infección por VIH (112, 113).

Además, se estima que 800 000 [640 000–990 000] niños que viven con VIH todavía no reciben tratamiento contra el VIH, con una cobertura de terapia antirretroviral infantil especialmente baja en África occidental y central (35% [28–41%]) y África oriental y meridional (56% [45–71%]) (ver la Figura 2.11). Esto se debe principalmente a que no se realizaron pruebas a todos los niños que han estado expuestos al VIH y no se vinculó a los que han adquirido VIH al tratamiento y la atención. Los datos representativos de siete países de África oriental y meridional entre el 2015 y 2017 muestran que el 10% de los niños diagnosticados con VIH no estaban en tratamiento y que el 48% no estaban suprimidos viralmente (114). Garantizar la realización de pruebas en el lugar de atención, reducir el costo de los kits de pruebas y simplificar los procedimientos de detección puede mejorar las posibilidades de identificar a los niños que viven con VIH sin diagnosticar y garantizar que reciban un tratamiento que les salve la vida.

FIGURA 2.11 Cobertura de la terapia antirretroviral entre niños (de 0 a 14 años) y adultos (mayores de 15 años) que viven con VIH, países seleccionados, 2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

¿POR QUÉ TANTOS NIÑOS SIGUEN CONTRAYENDO VIH?

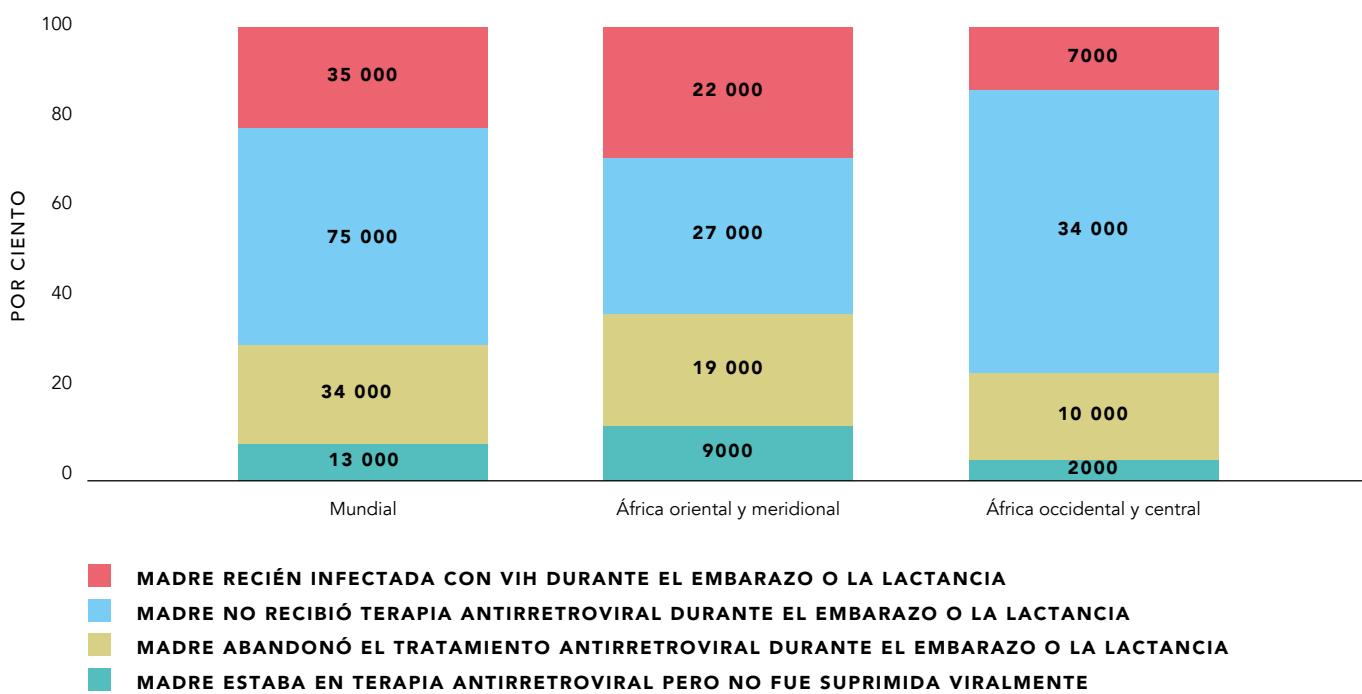
Está surgiendo una imagen más clara de por qué tantos niños siguen contrayendo VIH. El análisis de los datos de los programas y modelos del VIH (Figura 2.12) muestra que casi la mitad de las nuevas infecciones por VIH en niños (75 000 de un total estimado de 160 000 infecciones) se deben a mujeres VIH positivas que no reciben terapia antirretroviral. Los servicios de VIH están perdiendo a estas mujeres, muchas de las cuales evitan los servicios de VIH por temor al estigma y la discriminación. Las barreras legales (como las regulaciones de edad de consentimiento y las leyes que penalizan a las poblaciones clave) también hacen difícil que se les haga la prueba del VIH e inicien la terapia antirretroviral antes del embarazo. Esto conduce a más casos no diagnosticados y más transmisión. Esos obstáculos legales deben eliminarse.

Casi la mitad de las nuevas infecciones por VIH en los niños se deben a que las mujeres VIH positivas no reciben terapia antirretroviral.

Además, más de 34 000 nuevas infecciones infantiles por VIH ocurren cuando las madres no pueden seguir recibiendo tratamiento durante el embarazo o la lactancia. El acceso limitado a las instalaciones, los costos inesperados (incluidos los honorarios de los usuarios), el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, los efectos secundarios de las drogas y las dificultades para adherirse al tratamiento contribuyen a una retención deficiente. Eliminar los honorarios de los usuarios (ver la historia de Camerún en el Capítulo 5) y mejorar la calidad del tratamiento y la atención (incluyendo el uso de regímenes de tratamiento optimizados y el apoyo confiable de madres mentoras y otros pares) puede ayudar a eliminar esos obstáculos (115).

Otras 35 000 nuevas infecciones ocurren cuando los programas pasan por alto a mujeres y niñas que contraen el VIH durante el embarazo o la lactancia. Este es uno de los principales factores de transmisión vertical del VIH en África oriental y meridional, donde se producen casi la mitad de las nuevas infecciones infantiles. Las opciones probadas de prevención del VIH, incluida la PrEP, deberían promoverse para las mujeres embarazadas y lactantes y sus parejas en zonas con alta incidencia del VIH. Se debe alentar y apoyar a las mujeres embarazadas y lactantes que no conocen su estado serológico respecto al VIH para que accedan a las pruebas y, si es necesario, inicien rápidamente el tratamiento. Finalmente, las 13 000 infecciones verticales restantes ocurrieron porque la madre estaba recibiendo tratamiento, pero no fue suprimida viralmente.

FIGURA 2.12 Porcentaje de nuevas infecciones verticales por VIH por causa de transmisión, mundial y regiones seleccionadas, 2021



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

La violencia de la pareja íntima es una amenaza siempre presente. Además del daño causado a las sobrevivientes, la violencia también puede hacer difícil que las mujeres que viven con VIH permanezcan en tratamiento o bajo cuidado, exponiéndolas a enfermedades relacionadas con el VIH y a sus hijos al VIH. En una revisión sistemática reciente de 14 estudios realizados en África subsahariana, la prevalencia de la violencia entre las mujeres embarazadas VIH positivas osciló entre el 18% y el 63% (116, 117). Todas las mujeres, incluyendo a las mujeres embarazadas y lactantes, deben estar protegidas contra la violencia por parte de su pareja íntima y recibir mayor apoyo y compensación si experimentan tal violencia (118).

BOTSUANA LIDERA EL CAMINO PARA LA CERTIFICACIÓN DE PAÍS CON UNA ALTA CARGA DE VIH EN EL CAMINO PARA ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

En diciembre de 2021, Botsuana se convirtió en el primer país con una alta carga de VIH en ser certificado por el Comité Asesor de Validación Mundial (GVAC) de la OMS por haber logrado un hito fundamental en el camino hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH. Sin embargo, tan sorprendente como lo que ha logrado Botsuana es cómo logró documentar este logro: utilizando el proceso de certificación como una vía para empoderar a las mujeres que viven con VIH y reforzar sus derechos fundamentales.¹

Botsuana es el primer país con una alta carga de VIH en ser certificado por lograr los indicadores requeridos para el nivel plata sobre los criterios del "camino hacia la eliminación del VIH" que se introdujeron en el 2017 (Figura 2.13) (119). El nivel plata requiere una tasa de casos de VIH de menos de 500 por cada 100 000 nacidos vivos, una tasa de transmisión vertical del VIH de menos del 5% y la prestación de atención prenatal y tratamiento antirretroviral a más del 90% de las mujeres embarazadas.

¹ En diciembre de 2021, 15 países y territorios: Anguila, Antigua y Barbuda, Armenia (VIH solamente), Bielorrusia, Bermudas, Islas Caimán, Cuba, Dominica, Malasia, Maldivas, La República de Moldova (sólo para sífilis), Montserrat, Sri Lanka, San Cristóbal y Nieves y Tailandia han recibido certificados por eliminar la transmisión vertical del VIH y la sífilis. Los países aplican criterios normalizados para la evaluación de los resultados de los programas, los datos y los sistemas de laboratorio, y garantizan la integración de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y la participación comunitaria en un proceso supervisado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el FNUAP, la OMS y ONUSIDA..



FIGURA 2.13 El camino hacia la eliminación de la transmisión del VIH de madre a hijo

VALIDACIÓN DE LA RUTA HACIA LA ELIMINACIÓN			VALIDACIÓN COMPLETA
	BRONCE	90% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 90% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 90% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH debido a la TMI A de ≤ 750 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%	90% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 90% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 90% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH por TMI de ≤500 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%
	PLATA	90% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 90% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 90% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH por TMI de ≤500 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%	95% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 95% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 95% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH por TMI de ≤250 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%
	ORO	95% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 95% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 95% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH por TMI de ≤50/100 000 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%	95% de cobertura de atención prenatal (al menos una visita), 95% de cobertura de pruebas del VIH entre las mujeres embarazadas, 95% de cobertura de tratamiento antirretroviral entre las mujeres embarazadas que viven con VIH Tasa de casos de nuevas infecciones pediátricas por VIH por TMI de ≤50/100 000 casos por 100 000 nacidos vivos Tasa de TMI <5%

Fuente: Orientación mundial sobre criterios y procesos de validación: eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B. Ginebra: OMS; 2021. (<https://www.who.int/publications/item/9789240039360>).

^a TMI = transmisión del VIH de madre a hijo.

95% <p>DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE BOTSUANA ESTABAN RECIBIENDO TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN EL 2021</p>	<p>Los datos de ONUSIDA muestran que más del 95% de las mujeres embarazadas de Botsuana estaban recibiendo terapia antirretroviral en el 2021, frente al 77% en el 2010. Las tasas de transmisión vertical fueron sólo del 2.2%, frente al 9.0% de la década anterior. Según una mujer que vive con VIH en Kgalagadi Sur, “tengo tres hijos . . . amamanté a los tres, y a todos ellos se les dio medicamentos para la prevención del VIH”.</p> <p>Botsuana situó a las mujeres que viven con VIH en el centro del proceso de documentación del éxito de la prevención en el país. Con el apoyo de ONUSIDA, la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH dirige a las redes de mujeres que viven con VIH para administrar la herramienta de evaluación de los derechos humanos a sus redes en 10 distritos de Botsuana.² Estas redes encabezaron el proceso, y el Gobierno de Botsuana proporcionó apoyo logístico para asegurar la participación de las mujeres que viven con VIH en un espacio seguro. Las mujeres que viven con VIH, que están representadas en el Comité Nacional de Validación, también revisaron un borrador del informe nacional de validación.</p> <p>El GVAC validó que los programas y servicios de Botsuana para eliminar la transmisión vertical del VIH son compatibles con los estándares internacionales, regionales y nacionales sobre derechos humanos, igualdad de género y participación comunitaria. Como señaló una mujer que vive con VIH en Kweneng West, “las enfermeras y los funcionarios de atención de la salud ofrecen a todos la opción de realizar pruebas y recibir tratamiento. Siempre es una elección clara y no forzada”.</p> <p>El Ministerio de Salud de Botsuana, con la participación de las mujeres que viven con VIH y el apoyo del Programa Conjunto, convocó un taller en mayo de 2022 para fomentar la participación de los socios y las partes interesadas para garantizar que se utilicen los enfoques basados en los derechos para mantener la certificación del nivel plata del país, y su posible progresión al nivel oro.</p>
<p>Página siguiente</p> <p>“No estoy segura de si han pasado 13 o 14 años desde que vivo con VIH. Tengo este niño maravilloso, que nació libre del VIH. Su nombre es Luce. Mi esposo también vive con VIH. Los dos sabíamos que algún día habría una manera de criar niños libres del VIH”. Kesego Basha-Mupelli, Botsuana, diciembre de 2014.</p>	<p>2 Entre ellas figuraban la Red de Botsuana de Personas que Viven con VIH (BONEPWA+), Bomme Isago (socio local de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH) y la Red de Botsuana sobre Ética, Derecho y VIH/sida (BONELA).</p>



REFERENCIAS

1. Kripke K, Eakle R, Cheng A, Rana S, Torjesen K, Stover J et al. The case for prevention-primary HIV prevention in the era of universal test and treat: a mathematical modeling study. *EClinicalMedicine*. 2022;46:101347.
2. HIV Prevention 2025 Road Map: getting on track to end AIDS as a public health threat by 2030. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2022 [forthcoming].
3. Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Coogan M et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177108.
4. UNFPA Product Catalogue [database]. New York (NY): UNFPA; c2021 (<https://www.unfpaprourement.org/products>).
5. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. Gates Open Res. 2022;5:91.
6. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf).
7. Zimbabwe condom case study. Mann Global Health; 2017 (https://mann-globalhealth.com/wp-content/uploads/2017/11/MGH_Condom-Case-Study_Zimbabwe_Final_091117.pdf).
8. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza J. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):E134-E140.
9. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002680.
10. Tan SY, Melendez-Torres GJ. A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. *Cult Health Sex*. 2016;18(3):249-64.
11. AIDSinfo [database]. Geneva: UNAIDS; c2022 (AIDSinfo.unaids.org).
12. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf).
13. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report, November–December 2021. Geneva: WHO; 2022 (https://www.who.int/publications/item/WHO_2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
14. Cornell M, Majola M, Johnson L, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
15. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmorange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25455.
16. Gwarisa M. #BREAKING: Dapivirine, Vaginal Ring Approved For Use in Zimbabwe. In: HealthTimes [Internet]. 14 July 2021. HealthTimes; c2021 (<https://healthtimes.co.zw/2021/07/14/breaking-dapivirine-vaginal-ring-approved-for-use-in-zimbabwe/>).
17. Fokazi S. More HIV prevention options for SA women as vaginal ring is approved. In: Sunday Times Live [Internet]. 16 March 2022. Arena Holdings (Pty) Ltd; c2022 (<https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2022-03-16-more-hiv-prevention-options-for-sa-women-as-vaginal-ring-approved/>).
18. Madeddu G, De Vito A, Cozzi-Lepri A, Cingolani A, Maggiolo F, Perno CF et al. Time spent with HIV-RNA≤200copies/ml in a cohort of people with HIV during the U=U era. *AIDS*. 2021;35(7):1103-12.
19. Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266280.
20. Holt M, Broady T, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J. Increasing pre-exposure prophylaxis use and "net prevention coverage" in behavioural surveillance of Australian gay and bisexual men, 2014–19. *AIDS*. 2021;35(5):835-40.

21. Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. *AIDS*. 2021;35(4):665-73.
22. Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidence of an association of increases in pre-exposure prophylaxis coverage with decreases in human immunodeficiency virus diagnosis rates in the United States, 2012–2016. *Clin Infect Dis*. 2020;71(12):3144-51.
23. Celum C, Baeten JM. Lesson on PrEP from the SEARCH study in east Africa. *Lancet HIV*. 2020;7:e219-e220.
24. Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Phillips A, Rodger A, Speakman A et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual and other men who have sex with men in England. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Poster PEC0367.
25. Hojilla JC, Hurley LB, Marcus JL, Silverberg MJ, Skarbinski J, Satre DD et al. Characterization of HIV preexposure prophylaxis use behaviors and HIV incidence among US adults in an integrated health care system. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122692.
26. Kifetew CA, Mukiwa T, Sparrowhawk A. HIV pre-exposure prophylaxis and Black people in England: addressing heath information inequities through a national campaign. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract O015.
27. Hillis A, Germain J, Hope V, McVeigh J, Van Hout MC. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): a scoping review on PrEP service delivery and programming. *AIDS Behav*. 2020;24(11):3056-70.
28. Celum CL, Delany-Moretlwe S, Baeten JM, van der Straten A, Hosek S, Bukusi EA et al. HIV pre-exposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl 4):e25298.
29. Mwangi S, Miloyo C, Gacheru J, Kwala D, Oiyo L, Mwangi P. Structured support groups improves PrEP uptake among female sex workers in Nairobi: a case study of BHESP. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract OAD0504.
30. Lau JY, Hung CT, Lee SS. A review of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) programmes by delivery models in the Asia-Pacific through the healthcare accessibility framework. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(7):e25531.
31. Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factors associated with accessing free PrEP services in Thailand. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED1282.
32. PrEP innovation and implementation in Asia and the Pacific: virtual regional discussion, 15–16 December 2020. Meeting report. Geneva; 2021 (<https://unitaid.org/assets/PrEP-innovation-and-implementation-in-Asia-and-the-Pacific-Meeting-Report-2020.pdf>).
33. Velloza J, Khoza N, Scorgie F, Chitukuta M, Mutero P, Mutiti K et al. The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN 082: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(3):e25463.
34. Atukunda EC, Owembabazi M, Pratt MC, Psaros C, Muyindike W, Chitneni P et al. A qualitative exploration to understand barriers and facilitators to daily oral PrEP uptake and sustained adherence among HIV-negative women planning for or with pregnancy in rural southwestern Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(3):e25894.
35. Reed JB, Shrestha P, Were D, Chakare T, Mutegi J, Wakhutu B et al. HIV PrEP is more than ART-lite: longitudinal study of real-world PrEP services data identifies missing measures meaningful to HIV prevention programming. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(10):e25827.
36. Pollock S, Toegel F, Holtyn AF, Rodewald AM, Leoutsakos J, Fingerhood M et al. Effects of incentives on viral suppression in people living with HIV who use cocaine or opiates. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020;212:108000.

37. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SM, Hunidzarira P, Kalonji D et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *Lancet.* 2022;399(10337):1779-89.
38. Eshleman SH, Fogel JM, Piwowar-Manning E, Chau G, Cummings V, Agyei Y et al. Characterization of human immunodeficiency virus (HIV) infections in women who received injectable cabotegravir or tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV prevention: HPTN 084. *J Infect Dis.* 2022;225(10):1741-9.
39. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women. *N Engl J Med.* 2021;385(7):595-608.
40. Landovitz RL, Donnell D, Tran H, Kallas EG, Magnus M, Marzinke M et al. Updated efficacy, safety and case studies in HPTN 083: CAB-LA vs TDF/FTC for PrEP. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 96.
41. Scott H. Preparing for the plate of prevention options: how can we deliver. Conference on Retroviral and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 57.
42. MSF response: ViiV will not license new game-changing long-acting HIV prevention drug to generic manufacturers. In: Médicines Sans Frontières [Internet]. 4 March 2022. Geneva: Médicines Sans Frontières; c2022 (<https://msf-access-campaign.prezly.com/msf-response-viiv-will-not-license-new-game-changing-long-acting-hiv-prevention-drug-to-generic-manufacturers#>).
43. Pillay Y, Venter F, Hassan F. What is the use of anti-HIV injections when those who need it most can't use it? In: Bhekisisa.org [Internet]. 30 March 2022. Johannesburg: Bhekisisa; c2022 (<https://bhekisisa.org/article/2022-03-30-what-is-the-use-of-anti-hiv-injections-when-those-who-need-it-most-cant-use-it/>).
44. Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg KA, McCauley M et al. Cost-effectiveness of long-acting injectable HIV preexposure prophylaxis in the United States: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med.* 2022;175(4):479-89.
45. Jamieson L. The relative cost-effectiveness of long-acting injectable cabotegravir versus oral pre-exposure prophylaxis: a modelled economic evaluation and threshold analysis in South Africa based on the HPTN 083 and 084 trials. *The Lancet.* 2022;1 March. Preprint.
46. Community position statement: CAB-LA must be immediately licensed to generic suppliers to enable affordable, widespread access for all people at risk of HIV. Afrocab; 2022 (<http://www.afrocab.info/wp-content/uploads/2022/03/CAB-LA-Community-Statement-Final.pdf>).
47. CADO 4/PADO 5: approach to delivery of LA ARVs for HIV treatment and prevention in LMICs: cabotegravir as a precedent-setting case study. Video presentation by Clinton Health Access Initiative (<https://www.longactinghiv.org/files/inline-files/DavidRipin-LEAP2022.mp4>).
48. ViiV Healthcare open to voluntary licensing as part of approach to enable greater access to Cabotegravir LA for PrEP in low- and middle-income countries. Media release. In: ViiV Healthcare [Internet]. 4 April 2022. Brentford (UK): ViiV Healthcare; c2021 (<https://viovhealthcare.com/hiv-news-and-media/news/company-statements/viov-healthcare-and-medicines-patent-pool/>).
49. Key findings from the 2021 scorecards of the Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Mabaso M, Makola L, Naidoo I, Mlangeni LL, Jooste S, Simbayi L. HIV prevalence in South Africa through gender and racial lenses: results from the 2012 population-based national household survey. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):167.
51. McKinnon LR, Karim QA. Factors driving the HIV epidemic in southern Africa. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(3):158-69.
52. We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf).

53. HERStory2: process evaluation of the combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women (AGYW), Global Fund grant period 2019 to 2022. Pretoria: South African Medical Research Council; 2021 (<https://www.samrc.ac.za/sites/default/files/attachments/2021-07-27/HERStory2%20Process%20Evaluation%20Report%20Overview.pdf>).
54. Muthoni CN, Kneipp SM, Gichane MW, Caiola CE, Pettifor AE, Williams JR. A systematic review of HIV interventions for young women in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav.* 2020;24(12):3395-413.
55. Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. *Health Soc Care Community.* 2021;29(5):e33-e46.
56. The journey towards comprehensive sexuality education. Paris: UNESCO; 2021 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20journey%20towards%20comprehensive%20sexuality%20education%2C%20Global%20status%20report.pdf>).
57. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(3):e89692.
58. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health.* 2021;68(1):13-27.
59. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2022;119(8):e2113144119.
60. Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Policy paper 39. Paris: UNESCO; 2019 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231>).
61. Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2015;41(1):31-42.
62. The DHS Program STATcompiler [database]. The DHS Program; c2022 (<http://www.statcompiler.com>).
63. Population-based surveys, 2015–2020.
64. Logie CH, Perez-Bruner A, Parker R. The contested global politics of pleasure and danger: sexuality, gender, health and human rights. *Glob Public Health.* 2021;16(5):651-63.
65. Singh A, Both R, Philpott A. "I tell them that sex is sweet at the right time" – a qualitative review of "pleasure gaps and opportunities" in sexuality education programmes in Ghana and Kenya. *Glob Public Health.* 2021;16(5):713-88.
66. Global state of harm reduction: 2021 update [Internet]. Harm Reduction International; 2021 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
67. Algeria: Addressing the Needs of People who Inject Drugs. In: UNODC.org [Internet]. 7 June 2022. Vienna: UNODC; c2022 (https://www.unodc.org/romena/en/Stories/2022/June/algeria_addressing-the-needs-of-people-who-inject-drugs.html).
68. UNODC. Unified budget results and accountability framework (UBRAF), 2016–2021. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNODC_Organizational%20report_2020.pdf).
69. Pollack T, Thwaites G, Rabaa M, Choisy M, van Doorn R, Van Tan L et al. Emerging COVID-19 success story: Vietnam's commitment to containment. In: Our World in Data [Internet]. 5 March 2021. Global Change Data Lab; c2022 (<https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam>).
70. Assessment of the emergency multiday take-home dose methadone distribution in Ho Chi Minh City in the context of COVID-19. Ho Chi Minh City: UNAIDS, HCDC, UMP Vietnam; 2021.
71. Results after 6 months of the pilot implementation of the methadone take-home program on patients undergoing opioid—type drug addiction treatment in three provinces of Vietnam in 2021. Hanoi: Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Center for Training and Research on Substance Abuse—HIV (Hanoi Medical University); 2021.

72. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; 2022 [forthcoming].
73. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.
74. Confronting inequalities: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS—Global AIDS Update 2021. Geneva: UNAIDS; 2021.
75. Doing it from a distance: how telehealth is preserving HIV service delivery during COVID-19. In: EpiC Blog [Internet]. 21 October 2020. EpiC Blog; c2021 (<https://epicproject.blog/2020/10/21/doing-it-from-a-distance-how-telehealth-is-preserving-hiv-service-delivery-during-covid-19/>).
76. Walmsley R. World prison population list. 12th ed. London: Institute for Crime and Justice Policy Research; 2018.
77. Kim H, Hughes E, Cavanagh A, Norris E, Gao A, Bondy SJ et al. The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: a mixed methods systematic review. *PLoS One.* 2022;17(5):e0268866.
78. Mitigating the disruptive impact of infection prevention and control measures in prisons: core principles and recommendations. COVID-19 guidance note. Vienna: UNODC; July 2021.
79. Data matters. Vienna: UNODC; 2021 (https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/DataMatters1_prison.pdf).
80. Pillay N, Chimbga D, Van Hout MC. Gender inequality, health rights and HIV/AIDS among women prisoners in Zimbabwe. *Health Hum Rights.* 2021;23(1):225-36.
81. Women in prison, HIV and hepatitis C. Ottawa (ON): Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2020 (<https://whai.ca/wp-content/uploads/2020/01/Women-in-Prison-HIV-and-Hepatitis-C.pdf>).
82. Van Hout MC, Stöver H, Benamara K, Bauer P, Salah E. 90–90–90: catalysing the response to HIV by enhancing prison visibility in the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) strategy beyond 2021. *Public Health.* 2021;190:e5-e6
83. World drug report 2019. Booklet 2. Vienna: UNODC; 2019.
84. The Joint WHO–ILO–UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva: WHO, ILO, UNAIDS; 2011 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf).
85. Kusemererwa S, Akena D, Nakanjako D, Kigozi J, Nanyunja R, Nanfuka M et al. Strategies for retention of heterosexual men in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One.* 2021;16(2):e0246471.
86. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237084.
87. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260425.
88. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex.* 2021;23(10):1313-28.
89. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract.* 2022;10(1):e2100137.
90. Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York (NY): UNFPA; 2017 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/public/pdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHPackageMenAndBoys_Nov2017.pdf).

91. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. A scoping review on the role of masculine norms in men's engagement in the HIV care continuum in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2019;31(11):1435-46.
92. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:74-82.
93. Dovel K, Yeatman S, Watkins S, Poulin M. Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *AIDS*. 2015;29(10):1123-5.
94. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):87.
95. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618-26.
96. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23 (Suppl 2):e25517.
97. Barker G, Contreras M, Heilman B, Singh A, Verma R, Nascimento M. Evolving men: initial results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington (DC): International Center for Research on Women; 2011 (<http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/Evolving-Men-Initial-Results-from-the-International-Men-and-Gender-Equality-Survey-IMAGES-1.pdf>).
98. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2017;14(4):e1002262.
99. Atkins K, Yeh PT, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Service delivery interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227755.
100. Makusha T, van Rooyen H, Cornell M. Reframing the approach to heterosexual men in the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):70-71.
101. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10(1):5482.
102. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract PEC281.
103. Davis SM, Hines JZ, Habel M, Grund JM, Ridzon R, Baack B et al. Progress in voluntary medical male circumcision for HIV prevention supported by the US President's Emergency Plan for AIDS Relief through 2017: longitudinal and recent cross-sectional programme data. *BMJ Open*. 2018;8:e021835.
104. Palmer E. The factors that affect the low uptake of voluntary medical male circumcision among adult males (20–39 years of age) in Gauteng Province, South Africa. 22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018. Poster THPED419.
105. Mejia C, Swai M, Zimmerman E, McElwee E, Mphuru L, Lweno Z. Behavior design methodology for uptake of voluntary medical male circumcision among fisherfolks in the lake zone of Tanzania. 22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018. Poster PDD0504.
106. Odero K, Otenyo J, Odima S, Akolong G, Ophwette A, Pulkol S. Barriers to uptake of voluntary medical male circumcision (VMMC) among men aged above 24 years in Turkana West Subcounty, Kenya. ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019. Poster FRPEC217.
107. Sangweni PN, Mavundla TR, Moab PS. Factors hindering effective uptake of medical male circumcision at Untunjambili area in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA*. 2019;24:a1305.

108. Carrasco MA, Wilkinson J, Kasdan B, Fleming P. Systematic review of barriers and facilitators to voluntary medical male circumcision in priority countries and programmatic implications for service uptake. *Glob Public Health.* 2019;14(1):91-111.
109. Durrell M, Aladesanmi L, Laube C, Mohan D, Kaira F, Chituwo O et al. Financial compensation increases voluntary medical male circumcision uptake among high-risk men in Zambia. ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019. Abstract FRPEC209.
110. Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Economic compensation interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227623.
111. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: enhancing uptake of VMMC among adolescent boys and men at higher risk for HIV—evidence and case studies. Technical brief. Geneva: WHO; 2021.
112. Cameron S. It takes more than a village to end HIV criminalisation. In: HIV Justice Network [Internet]. 23 September 2021. HIV Justice Network; c2022 (<https://www.hivjustice.net/news/feature-it-takes-more-than-a-village/>).
113. HIV Justice Network. Beyond blame. Challenging criminalization for HIV Justice Worldwide [webinar]. In: You Tube [Internet]. 9 December 2021 (https://www.youtube.com/watch?v=Nztl96PINCk&ab_channel=HIVJusticeNetwork).
114. Teasdale CA, Zimba R, Abrams EJ, Sachathep K, Ndagije F, Nuwagaba-Biribonwoha H et al. Estimates of the prevalence of undiagnosed HIV among children living with HIV in Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibia, Tanzania, Zambia, and Zimbabwe from 2015 to 2017: an analysis of data from the cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys. *Lancet HIV.* 2022;9(2):e91-e101.
115. One hundred and fifty thousand preventable new HIV infections among children in 2020. In: UNAIDS.org [Internet]. 31 January 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220131_preventable-new-HIV-infections-among-children).
116. Omonaiye O, Kusljevic S, Nicholson P, Manias E. Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health.* 2018;18(1):805.
117. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health.* 2022;22(1):220.
118. No responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines; Geneva: WHO; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_e).
119. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Geneva: WHO; 2021 (<https://www.who.int/publications/item/9789240039360>).

REFERENCIAS ADICIONALES PARA LA FIGURA 2.8

Referencias para trabajadores del sexo

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Cartographie programmatique, estimation de la taille et enquête biocomportementale parmi les populations clés (PS, HSH, UD) au Burkina Faso.

Enquête bio-comportementale et cartographique en direction des travailleuses de sexe dans cinq localités de la Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête de Surveillance de Deuxième Génération Relative aux IST, VIH et SIDA au Bénin (ESDG-2017). Travailleuses de sexe, serveuses de bar et restaurants et clients PS. 2017.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance and population size estimation survey among female sex workers in Tbilisi and Batumi, Georgia. 2017.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among female sex workers in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017

Integrated bio-behavioural surveillance survey (IBBSS2) report for key populations in Lesotho. 2019.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological and behavioural survey among female sex workers in Zambia. 2016–2017.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated HIV and sexually transmitted infections (STIs) bio-behavioural survey (IBBS) amongst key populations in Somalia.

Malawi biological and behavioural surveillance survey. 2019–2020.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Population size estimates and integrated biological and behavioural survey among female sex workers and their intimate partners in Ghana. 2019.

Rapport de l'enquête sur la cartographie programmatique et estimation de taille des populations clés exposées aux risques du VIH/SIDA et des IST dans 12 provinces de la RDC.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among female sex workers in South Africa. 2018.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

Referencias para gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Behavioral and biological assessment and population size estimation for men who have sex with men (MSM) in Kigali, Rwanda. 2018.

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres en tres ciudades de Colombia. 2019.

Enquête bio comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans les villes de Divo, Daloa, Abengourou, Bouaflé et Korhogo, Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo. 2017.

HIV and STI biobehavioural survey among men who have sex with men, transgender women and genderqueer individuals in Zimbabwe. 2020.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

HIV risk and prevention behaviors among men who have sex with men in Tbilisi, Batumi and Kutaisi, Georgia. 2018.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among men who have sex with men in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural survey among men who have sex with men and transgender women in Cambodia. 2019.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated biological-behavioral surveillance survey among female sex workers and men who have sex with men in Lao People's Democratic Republic. 2020.

Key findings from the Key Population Integrated Bio-Behavioural Survey, Port Moresby, Papua New Guinea. 2017.

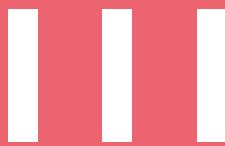
National AIDS Control Support project. India; 2020.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Men's Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among men who have sex with men in South Africa. 2019.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

HACIENDO REALIDAD LOS DERECHOS



La discriminación generalizada y las desigualdades estructurales están excluyendo aún más a las poblaciones y saboteando los esfuerzos para poner fin a la epidemia de sida. Estas injusticias, integradas en las relaciones sociales y codificadas en leyes y políticas, privan a millones de personas la perspectiva de una vida saludable y plena, y alimentan una epidemia mundial de VIH que se encuentra ahora en su quinta década. La pandemia de COVID-19 ha aumentado y reforzado aún más estas desigualdades y discriminación sistémica, particularmente a través de cierres, que han perjudicado especialmente a las mujeres y a las poblaciones marginadas (1, 2).

Además de aumentar la disponibilidad de herramientas biomédicas para frenar la pandemia del VIH, los países deben tomar medidas para cumplir con sus obligaciones más amplias en materia de derechos humanos y reducir las desigualdades subyacentes y las formas entrecruzadas de discriminación que frenan el progreso contra la epidemia mundial del VIH. Para ello se requieren reformas en el ámbito legal, cambios en las normas sociales perjudiciales, ampliación de la distribución de recursos y oportunidades entre las sociedades y aumento de la participación de las organizaciones dirigidas por la comunidad en la planificación, la prestación y el seguimiento de los servicios (3). Estas reformas son la base de los objetivos 10–10–10 para el 2025, que abarcan los cambios clave necesarios para eliminar los impedimentos sociales y legales a un entorno propicio para los servicios de VIH.

Hacer realidad todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento esencial de la respuesta mundial a la epidemia del VIH, incluyendo las áreas de prevención, pruebas, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo, y que esa respuesta reduzca la vulnerabilidad de la persona al VIH”.

– Resolución del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas 47/14, Derechos humanos en el contexto del VIH y el sida, 27 de julio de 2021

DESCRIMINALIZACIÓN

La criminalización de ciertas actividades o comportamientos expone a las poblaciones clave y las personas que viven con VIH a sufrir daños al obligarlas a alejarse del apoyo y los servicios que pueden ayudarles a proteger su salud (4, 5). Esto incluye la penalización del trabajo sexual, las relaciones sexuales del mismo sexo, la diversidad y expresión de género, la exposición o no divulgación del VIH y el uso de estupefacientes o su posesión para uso personal.

Por ejemplo, un estudio realizado en 10 países del África subsahariana encontró que las sanciones penales severas por relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se asociaban con un riesgo casi ocho veces mayor de infección por VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en comparación con lugares sin esas leyes (6). De manera similar, un metaanálisis de estudios encontró que el riesgo de violencia sexual o física es casi tres veces mayor en entornos donde el trabajo sexual es objeto de una vigilancia intensiva (7). Otro estudio realizado en el África subsahariana reveló que la prevalencia del VIH entre las trabajadoras sexuales era siete veces menor en países que incluso habían despenalizado parcialmente el trabajo sexual, en comparación con países que mantenían un enfoque criminalizador del trabajo sexual (4). También hay evidencia que vinculan la criminalización del consumo de drogas con el aumento del estigma y la violencia internos, un acceso más deficiente a los servicios y el efecto negativo sobre la prevención y el tratamiento del VIH para las personas que consumen drogas (8, 9).

LOS EXPERTOS EN DERECHOS HUMANOS PIDEN QUE SE PONGA FIN A LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS

En junio del 2022, 25 expertos independientes en derechos humanos de las Naciones Unidas (ONU) publicaron una declaración pidiendo el fin de la llamada guerra contra las drogas y que los gobiernos promuevan políticas sensibles al género y basadas en los derechos humanos (21). Los expertos señalaron que las políticas en el marco de la guerra contra las drogas tienen “consecuencias negativas de gran alcance para la gama más amplia de derechos humanos”, incluido el derecho a la salud. Hicieron hincapié en que el consumo y la dependencia de drogas no deben ser tratados como un asunto penal, y pidieron el cierre de los centros de tratamiento obligatorio de drogas.

La Comisión Global sobre el VIH y el Derecho recomienda que los países apliquen los principios de derechos humanos y salud pública para eliminar o reformar las leyes y políticas que impiden que las personas tengan acceso al VIH y a otros servicios de salud que necesitan (10). Es por eso que los países necesitan tomar medidas inmediatas hacia la despenalización total y adoptar prácticas de aplicación de la ley que apoyen, en lugar de impedir, las respuestas al VIH. Además, el uso de leyes más generales dirigidas a las personas que viven con VIH y las poblaciones clave, como las relacionadas con la vagancia o los delitos menores, también debe terminar.

Docenas de países han avanzado hacia un entorno legal más propicio (ver Capítulo 1), usualmente en respuesta a la defensa y activismo de las poblaciones marginadas y sus organizaciones. Bélgica es el país más reciente en despenalizar el trabajo sexual (ver la historia de Bélgica en este capítulo), mientras que se han introducido reformas similares en partes de Australia (Nueva Gales del Sur, el Territorio del Norte y Victoria) (11).¹ En Nueva Zelanda, que en el 2003 se convirtió en el primer país en despenalizar el trabajo sexual, las trabajadoras sexuales tienen los mismos derechos que los demás trabajadores, incluida la salud y la seguridad en el trabajo y la protección de los derechos humanos (12). La Corte Suprema de la India también afirmó recientemente que las trabajadoras sexuales tienen derecho a la misma protección bajo la ley, emitiendo directivas para proteger a las trabajadoras sexuales de la violencia y el acoso policial, y garantizando su acceso a los servicios sociales (13).

Desde el 2016, al menos seis países han eliminado las leyes que penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo,² y al menos nueve han introducido vías legales para cambiar los marcadores y nombres de género sin el requisito de someterse a una cirugía de reasignación de género (14).³

1 Otros países donde el trabajo sexual es legal o despenalizado son: Austria, Ecuador, Alemania, Grecia, Países Bajos, Nueva Zelanda, el Estado Plurinacional de Bolivia, Suiza y Uruguay.

2 Los países son: Angola, Bután, Botsuana, Gabón, India y Seychelles.

3 Los países son: Bélgica, Chile, Francia, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Pakistán, Portugal y Uruguay.

Otros países, más recientemente Zimbabue, han reformado sus leyes que penalizan la transmisión o la no divulgación del VIH (15). Desafortunadamente, otros países también han modificado sus leyes durante ese período para permitir penas más severas en casos de exposición al VIH (16).⁴

La desigualdad está profundamente arraigada en las políticas mundiales de drogas, que afectan desproporcionadamente a las personas marginadas en base a su género, etnia, orientación sexual y estatus socioeconómico. El Índice Global de Políticas de Drogas, que documenta, mide y compara las políticas de drogas a nivel nacional, revela una profunda brecha en los enfoques de los estados con respecto a las drogas, siendo las puntuaciones de los cinco países en la parte superior de la clasificación tres veces más altas que las de los cinco países en la clasificación más baja (17).⁵

Algunas jurisdicciones ya han realizado este cambio habilitante. En noviembre del 2020, Oregón se convirtió en el primer estado de los Estados Unidos de América en despenalizar la posesión de todas las drogas y aumentar el acceso a los servicios de salud (18). Más recientemente, a la provincia canadiense de Columbia Británica se le concedió con éxito una exención de las leyes federales sobre drogas, lo que le permitió despenalizar la posesión de pequeñas cantidades de drogas más duras, mientras que Tailandia es el primer país de Asia y el Pacífico fuera de Australia en despenalizar la posesión de marihuana para uso personal (19, 20).

“La comunidad en general está satisfecha con este veredicto [de la Corte Suprema de la India] y esperamos que todas las recomendaciones sean seguidas por todos, especialmente la policía y la prensa, que han sido mencionadas específicamente. Esperamos que el gobierno a nivel central y estatal brinde apoyo a todas las trabajadoras sexuales de todas las formas posibles. Esperamos que las recomendaciones disminuyan el estigma y la discriminación, que a menudo enfrentan los miembros de esta comunidad”.

- Sra. Bharati Dey y Sra. Bishakha Laskar, del Comité Durbar Mahila Samanwaya, un colectivo de unas 65 000 trabajadoras sexuales en Bengala Occidental, India, comentando sobre una sentencia de la Corte Suprema de la India que establece que las trabajadoras sexuales tienen igual protección ante la ley.

4 Entre los países que han adoptado sentencias más severas en casos de exposición al VIH figuran Colombia, México, Mozambique y Filipinas.

5 Los países con las puntuaciones más altas son aquellos que tienen e implementan políticas de drogas en consonancia con los principios de derechos humanos, salud y desarrollo de la ONU.



En marzo del 2022, ONUSIDA lanzó Unbox Me para abogar por los derechos de los niños transgénero en el período previo al Día Internacional de la Visibilidad Transgénero. En la India, más del 90% de las personas transgénero abandonan sus hogares o son expulsadas a la edad de 15 años. Inevitablemente, muchos viven en la calle sin dinero ni educación, y a menudo dependiendo del trabajo sexual. El estigma y la discriminación y la criminalización tienden a hacer invisibles a las personas transgénero y de género diverso, con formas extremas de discriminación que conducen incluso a la negación de la existencia de personas de género diverso.

AVANCES EN LA DESPENALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL EN BÉLGICA Y VICTORIA, AUSTRALIA

30 VECES

LAS TRABAJADORAS SEXUALES TIENEN 30 VECES MÁS PROBABILIDADES QUE LAS MUJERES DE LA POBLACIÓN GENERAL DE CONTRAER EL VIH

En los últimos meses se han producido avances importantes en los esfuerzos por despenalizar el trabajo sexual, con las trabajadoras sexuales logrando victorias legislativas en Bélgica y el estado australiano de Victoria. En un giro irónico, la pandemia de COVID-19, que causó tal devastación a las trabajadoras sexuales en todo el mundo, en realidad estimuló la acción para proteger la salud, los derechos y el bienestar de las trabajadoras sexuales.

La Estrategia mundial contra el sida exige el logro de metas ambiciosas pero alcanzables entre los grupos de poblaciones clave. Entre los grupos más afectados por el VIH se encuentran las trabajadoras sexuales, que tienen 30 veces más probabilidades que las mujeres de la población general de contraer el VIH. Los estudios muestran que la despenalización del trabajo sexual evitaría entre el 33% y el 46% de las nuevas infecciones por VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes durante 10 años (21).

En marzo de 2022, Bélgica se convirtió en el primer país de Europa en despenalizar el trabajo sexual (ver recuadro), y el único país del mundo en hacerlo después de Nueva Zelanda. El impulso para despenalizar el trabajo sexual recibió un fuerte e influyente apoyo de expertos académicos y de Vincent Van Quickenborne, Ministro de Justicia de Bélgica. En virtud de la nueva ley, las trabajadoras sexuales autónomas tienen los mismos derechos que los demás trabajadores autónomos, incluido el acceso a las mismas medidas de protección social que se otorgan a otros sectores laborales. La nueva ley también despenaliza a terceros, que ya no serán penalizados por abrir una cuenta bancaria o alquilar un espacio a una trabajadora sexual, y permite que las trabajadoras sexuales anuncien sus servicios.

El fuerte voto a favor de la despenalización (71-4, con 40 abstenciones) fue el resultado directo de la defensa por parte de las trabajadoras sexuales a favor del fortalecimiento de la protección social durante el COVID-19, el cual aumentó la conciencia pública y gubernamental. “Bélgica tiene un alto nivel de vida debido a una enorme red de seguridad de la que podemos estar muy orgullosos”, dijo Daan Bauwens, director de Utsopi, una organización de trabajadoras sexuales. “Las personas estaban realmente conmocionadas [al enterarse] de que las trabajadoras sexuales simplemente no tenían apoyo gubernamental [durante la pandemia de COVID-19] cuando todos los demás sectores sí lo tenían. . . la gente podía ver filas de trabajadoras sexuales en las calles haciendo cola para la distribución de alimentos”.

El Sr. Van Quickenborne dijo que después de la votación se sentía aliviado y satisfecho. “La existencia del trabajo sexual es una realidad innegable en toda sociedad. Y no debería ser un tabú que las trabajadoras sexuales adultas decidan hacerlo libremente. Proporcionar un marco legislativo no sólo reconoce y respeta a las trabajadoras sexuales, sino que también mejora enormemente sus vidas”, dijo el ministro. “Somos el segundo país en el mundo en otorgar reconocimiento y derechos amplios a las trabajadoras sexuales. Espero que muchos otros países sigan pronto nuestro ejemplo”.

Página siguiente

Un “Appéro pute”, una reunión mensual celebrada por Utsopi para involucrar a la comunidad de trabajadoras sexuales en un espacio seguro donde puedan hablar sobre su trabajo con sus pares, compartir sus preocupaciones, dar ideas sobre qué hacer colectivamente en la organización. Bruselas, Bélgica, julio de 2022.



DESPENALIZACIÓN VS. LEGALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

La legalización es un término que a menudo se confunde con la despenalización. Según la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, la despenalización se refiere a la eliminación o ausencia de leyes penales o de otro tipo que oprimen a las trabajadoras sexuales, mientras que la legalización es la introducción de leyes que tienen como objetivo imponer la regulación estatal y controlar el trabajo sexual (2). Ejemplos de legalización incluyen leyes de planificación local que restringen el número, la ubicación y las reglas de operación para negocios de trabajo sexual, o leyes de salud pública que requieren registro obligatorio y/o pruebas obligatorias de infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH para las trabajadoras sexuales. Esto conduce a un sistema de dos niveles de trabajadoras sexuales legales e ilegales, que puede dar lugar a condiciones de explotación y violaciones de los derechos humanos para quienes son ilegales. También se pueden aplicar sanciones penales en caso de incumplimiento de las condiciones de legalización (22).

La despenalización no implica necesariamente la ausencia de alguna forma de regulación que tenga por objeto respetar y proteger los derechos humanos y laborales de las trabajadoras sexuales, como las normas de salud y seguridad en el trabajo. Esto es distinto de la legalización, donde la regulación estatal está diseñada para controlar y limitar el trabajo sexual y a menudo es aplicada por la policía.

Las trabajadoras sexuales y los políticos frente a la Casa del Parlamento en Melbourne, Australia, mientras la Ley de Despenalización del Trabajo Sexual de 2022 se aprueba en la Cámara Alta del Parlamento de Victoria el 10 de febrero de 2022.

Página siguiente
Daan Bauwens, director de Utsopi, una organización de trabajadoras sexuales da forma a la peluca de Ruth justo antes de su entrevista para la televisión francesa. Bruselas, Bélgica, junio de 2022.

La decisión de los legisladores en Bélgica sigue a una decisión adoptada en el 2022 por parte del parlamento del estado australiano de Victoria de despenalizar el trabajo sexual e introducir protecciones legales para las trabajadoras sexuales. La ley de Victoria elimina los delitos y las sanciones penales asociados con el trabajo sexual, elimina el sistema de registro y licencias que había estado en vigor, revoca la penalización de la transmisión del VIH y pone fin a las disposiciones sobre pruebas obligatorias y uso de preservativos. La legislación de Victoria fue el resultado de consultas abiertas, transparentes e inclusivas y de la colaboración entre los defensores del gobierno y las organizaciones de trabajadoras sexuales.

"La derogación de estas leyes tendrá un impacto positivo en las trabajadoras sexuales al reducir la discriminación y mejorar el acceso a la educación entre pares, la prevención del VIH, [y] los servicios de pruebas y tratamiento, que mejorarán los resultados de salud pública para toda la comunidad", expresó Jules Kim, CEO de Scarlet Alliance, Asociación Australiana de Trabajadoras Sexuales. Si bien el proyecto de ley es un avance importante para las trabajadoras sexuales, Dylan O'Hara, gerente interino de Vixen, una organización de trabajadores sexuales entre pares en Victoria promete que las trabajadoras sexuales "seguirán abogando por otras reformas vitales necesarias para asegurar que la despenalización no deje atrás a ninguna trabajadora sexual".

La eliminación de estas leyes es un paso importante hacia la protección y promoción de la salud y el bienestar de las trabajadoras sexuales. Incluso cuando los arrestos de trabajadores sexuales son raros bajo las leyes penales, las incertidumbres creadas cuando las penas criminales están en los libros pueden causar ansiedad entre las trabajadoras sexuales. "La aplicación de la ley era bastante arbitraria [antes de la despenalización]", recuerda Daan Bauwens, de Utsopi. "A veces las trabajadoras sexuales eran atacadas y procesadas por publicitarse a sí mismas. No fue una buena situación para sus derechos ni para su bienestar psicológico".

La despenalización no sólo elimina estas ansiedades, sino que también reconoce a las trabajadoras sexuales como miembros integrales de la sociedad. "¡Podemos decir que Bélgica te reconoce como trabajador, una persona con los mismos derechos que cualquier otra!" señaló Lais, miembro de la junta directiva y copresidente de Utsopi. "Esto es muy importante! Incluso más que lo práctico para mí es lo que significa para nosotras a nivel personal. Ya no somos invisibles".





EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN SIGUEN BLOQUEANDO EL CAMINO A SEGUIR

Más de 40 años después de la epidemia del VIH, el estigma y la discriminación continúan arruinando vidas y socavando los esfuerzos para acabar con el sida. Las formas superpuestas de discriminación humillan a las personas, las disuaden de utilizar los servicios de salud y otros servicios esenciales y perjudican su salud. Las personas que ya están marginadas, incluyendo las que pertenecen a las poblaciones clave, son especialmente vulnerables y se ven expuestas de forma rutinaria a la discriminación y el maltrato, incluso cuando solicitan atención médica (24–27).

100

**LOS PAÍSES HAN COMPLETADO
ENCUESTAS DESDE QUE SE
INTRODUJO EL ÍNDICE DE
ESTIGMA DEL VIH EN EL 2008**

Los estudios del Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH constituyen una fuente informativa de datos sobre las experiencias de estigma y discriminación entre las personas que viven con VIH.⁶ Más de 100 países han completado encuestas desde que se introdujo el Índice en el 2008, y más de 100 000 personas que viven con VIH participan en el proceso.⁷ Los resultados de estos estudios respaldan otras evidencias sobre la naturaleza generalizada y perniciosa del estigma y la discriminación y su efecto en las personas que viven con VIH y en las poblaciones clave de todo el mundo (ver Capítulo 1). Las encuestas integradas de vigilancia biológica y del comportamiento también han sido fundamentales para proporcionar evidencia epidemiológica sobre el estigma y la discriminación para ayudar a los encargados de formular políticas, a los planificadores de programas y a los implementadores a dirigir la respuesta al VIH.

Los estudios del Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH constituyen una fuente informativa de datos sobre las experiencias de estigma y discriminación entre las personas que viven con VIH.

⁶ El Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH es una iniciativa de investigación dirigida por la comunidad que reúne datos sobre las diversas formas de estigma y discriminación que experimentan las personas que viven con VIH. Es administrado por la Alianza Internacional de PVVIH (una coalición liderada por la Red Mundial de Personas que Viven con VIH), la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH y ONUSIDA, con el apoyo de la Universidad Johns Hopkins.

⁷ Otra iteración de la encuesta, el Índice de Estigma 2.0, está en marcha. Ocho países (Benín, Burkina Faso, Costa de Marfil, Kenia, Lesoto, Nigeria, Togo y Ucrania) lo han aplicado, y otros 40 están en proceso de hacerlo.

CREAR ESPACIOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD QUE NO SEAN ESTIGMATIZADORES

Las personas que viven con VIH y en riesgo de contraerlo siguen denunciando actitudes críticas y hostiles de los trabajadores de la salud, violaciones de la confidencialidad, atención y asesoramiento deficientes, e incluso denegación absoluta del tratamiento cuando acceden a los servicios de atención de salud (28–29). Estas experiencias socavan la confianza de las personas en el asesoramiento médico y les disuaden de buscar o permanecer en la atención cuando la necesitan, lo que compromete su salud y socava los esfuerzos para poner fin a la epidemia de sida (30).

Los servicios de salud deben ofrecerse de manera respetuosa, comprensiva y amistosa con todos, incluidas las poblaciones clave y las personas que viven con VIH, y deben estar libres del estigma y la discriminación. Para ello es necesario contar con políticas que obliguen a los proveedores de atención de salud a ofrecer atención de salud oportuna y de calidad a todos, sin discriminación, y capacitar al personal para comprender y responder adecuadamente a las realidades y necesidades de las personas, especialmente las de los jóvenes (31, 32). Las actividades de monitoreo dirigidas por la comunidad, como el proyecto Ritshidze en Sudáfrica, son vitales para que los proveedores de atención de salud rindan cuentas (33).

“Para mí, no saben que soy una trabajadora sexual. No quiero que lo sepan, porque el tratamiento será malo para mí. No están tratando bien a otras trabajadoras sexuales”.

– Trabajadora sexual en la clínica Bloemspruit en la provincia del Estado Libre de Sudáfrica durante una entrevista en marzo del 2021 con el proyecto Ritshidze

GENERAR IMPULSO PARA ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN RELACIONADOS CON EL VIH

Los países están intensificando sus esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación. En 131 países que informaron entre el 2017 y 2022, 94 declararon que existían mecanismos formales establecidos por el gobierno para que las poblaciones clave y las personas que viven con VIH denunciaran el abuso y la discriminación y buscaran compensación. En el 2022, representantes de la comunidad y socios no gubernamentales en 84 países informaron sobre las barreras para acceder a la justicia a través de mecanismos formales e informales: estas barreras incluyen restricciones a la asequibilidad (35 países) y una limitada conciencia o conocimiento sobre cómo utilizar tales mecanismos (47 países). Las organizaciones comunitarias y otras organizaciones no gubernamentales han establecido procedimientos en 53 países para registrar y tratar quejas individuales, mientras que 81 países tienen mecanismos para acceder a servicios legales asequibles.

81

**LOS PAÍSES CUENTAN CON
MECANISMOS PARA ACCEDER A
SERVICIOS JURÍDICOS ASEQUIIBLES**

Muchos de estos esfuerzos están en marcha en los 30 países que se han unido a la Alianza Mundial de Acciones para Eliminar el Estigma y la Discriminación relacionados con el VIH desde su lanzamiento en 2018.⁸ La Alianza Mundial combina los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los donantes, el mundo académico y las Naciones Unidas para acabar con el estigma y la discriminación relacionados con el VIH mediante compromisos políticos sobre intervenciones basadas en la evidencia. Para ello, está facilitando la asistencia técnica y apoyando los esfuerzos para eliminar el estigma y la discriminación en los ámbitos de la atención de la salud, la justicia, la educación, el lugar de trabajo, la asistencia humanitaria y la comunidad.

Los esfuerzos de la Alianza han llevado a 19 países a acelerar la reducción del estigma y la discriminación en entornos prioritarios.⁹

-
- 8 Los 30 países que se unieron a la Alianza son: Angola, Argentina, Botsuana, República Centroafricana, Costa Rica, Costa de Marfil, Ecuador, Gambia, Guatemala, Guinea, República Democrática del Congo, Guyana, Jamaica, Kazajstán, Kirguistán, República Democrática Popular Lao, Lesoto, Liberia, Mozambique, Nepal, República Islámica de Irán, Papua Nueva Guinea, Filipinas, República de Moldavia, Senegal, Sudáfrica, Tayikistán, Tailandia, Uganda y Ucrania.
- 9 Los países son: Costa de Marfil, Gambia, Guinea, Jamaica, Kazajstán, Kirguistán, Liberia, Nepal, Papua Nueva Guinea, la República Democrática del Congo, la República Democrática Popular Lao, la República de Moldavia, la República Democrática del Congo, la República Democrática Popular Lao, el Senegal, Sudáfrica, Tailandia, Uganda y Ucrania.



“La actitud hacia la mayoría de la gente es mala. Debido a la mala actitud, siempre ocultaré el hecho de que soy una trabajadora sexual. He visto a gente [trabajadoras sexuales] que les gritan, así que no quiero que me griten. Las trabajadoras sexuales siempre se quejan de que las atienden de ultimo y se les dice que su trabajo es en la noche así que no hay prisa. . . la mayoría de las trabajadoras sexuales han decidido no ir más a la clínica. . . los homosexuales también son mal tratados. Siempre se les grita”.

– Trabajadora sexual que utiliza la clínica de Phuthaditjhaba en Sudáfrica durante una entrevista en agosto de 2021 con el proyecto Ritshidze.

Dieciocho también han introducido reformas legales y/o aumentado el acceso a la justicia para las poblaciones clave.¹⁰ Por ejemplo, en la República Centroafricana, los ministerios de salud y justicia están trabajando con parlamentarios para despenalizar la transmisión del VIH, proteger mejor los derechos humanos de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave, y reducir la edad de consentimiento para hacerse la prueba del VIH. De manera similar, la República Islámica de Irán promulgó su primera regulación contra la discriminación en los centros de atención de la salud a fines de 2020, que exige que los centros de atención de la salud públicos y privados protejan a las personas que viven con VIH y a las poblaciones clave del estigma y la discriminación. Los proveedores de servicios están recibiendo capacitación sobre el tema y se han actualizado los procedimientos operativos estándar para apoyar la implementación de las políticas.

Jamaica, Nepal, Papua Nueva Guinea, Sudáfrica y Tailandia se encuentran entre los otros países que actualmente están dirigiendo esfuerzos más concertados para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, y Costa de Marfil, Malawi y Uganda cuentan ahora con políticas laborales sensibles al VIH. Un plan de acción modelo para el África occidental y central también ha facilitado la elaboración y cálculo de los costos de planes de acción para reducir el estigma y la discriminación en seis países de esa región.¹¹

Página siguiente

Al crecer en Jamestown, uno de los distritos más antiguos de Accra, Ghana, Susana Dartey vio el abuso y la explotación diarios que enfrentan las trabajadoras sexuales, lo que la inspiró a establecer Women of Dignity Alliance (WODA) para empoderar a las trabajadoras sexuales y luchar contra las desigualdades a las que se enfrentan. Accra, Ghana, febrero de 2022.

10 Los países son: Angola, Argentina, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Gambia, Guinea, Jamaica, Kazajstán, Kirguistán, Liberia, Nepal, República de Moldavia, República Democrática Popular Lao, Senegal, Sudáfrica, Tailandia, Ucrania y Uganda.

11 Los países son: Costa de Marfil, Gambia, Guinea, Liberia, República Democrática del Congo y Senegal.



AVANCES EN LA APROBACIÓN DE NUEVAS LEYES CONTRA LA DISCRIMINACIÓN EN EL LÍBANO

Si bien la despenalización del VIH y de las poblaciones clave es el objetivo final de los defensores de la sociedad civil, las organizaciones en todo Medio Oriente y África del Norte están utilizando la reforma legal para abordar el estigma y la discriminación y cambiar los corazones y las mentes en toda la región.

En el Líbano, Soins Infirmiers et Développement communautaire (SIDC), una organización no gubernamental dedicada a la prevención y atención del VIH ha trabajado durante 10 años para documentar las violaciones de los derechos humanos contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave con el fin de responder y comprender mejor las desigualdades que impulsan la epidemia del VIH. Como parte de su trabajo, el SIDC está trabajando para promover una ley integral contra la discriminación que permita una respuesta nacional al VIH más inclusiva y eficaz en el Líbano.

12%

CARGA DEL VIH ENTRE LOS HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN EL LÍBANO

Los esfuerzos del SIDC llegan en un momento importante. Si bien la prevalencia general del VIH en el Líbano es baja, la carga del VIH es alta (12%) entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres. La respuesta nacional al VIH del país está teniendo lugar después de décadas de inestabilidad política, recientes protestas populares y el colapso de la moneda nacional. La tasa de pobreza también se ha duplicado desde el 2019, dejando a más del 80% de la población viviendo en la pobreza en el 2021, y la afluencia de millones de refugiados procedentes de Irak, Palestina y la República Árabe Siria ha aumentado la presión sobre los servicios de salud y sociales del país.

Además, el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave están incorporados en las leyes y políticas nacionales del Líbano. Las relaciones sexuales entre las personas del mismo sexo están penalizadas, así como el trabajo sexual y el uso y posesión de drogas. Estas leyes, así como el estigma social más amplio que reflejan y refuerzan, reducen el acceso a los servicios para las poblaciones clave.

Si bien la sociedad civil del Líbano se ha movilizado e innovado para proporcionar servicios de prevención y pruebas del VIH a poblaciones clave, el SIDC también aboga por el cambio de políticas y la reforma legal. En el 2020, reunió a un equipo de abogados para elaborar un mapa de los artículos y leyes de la Constitución libanesa que contienen o hacen referencia a la discriminación por motivos de sexo, edad, raza, religión, orientación sexual, identidad de género, encarcelamiento y condición de refugiado. A fin de redactar una ley contra la discriminación y fomentar el apoyo para su promulgación, el SIDC celebró una serie de reuniones y mesas redondas con diferentes grupos, entre ellos organizaciones de la sociedad civil, ministerios, órganos nacionales, abogados, jueces y activistas.



© SIDC

El proyecto de ley resultante tiene por objeto eliminar todas las formas de discriminación. Un parlamentario acordó defender la iniciativa de reforma legal y convertir el proyecto de ley contra la discriminación en legislación que se presentará al gabinete. La legislación propuesta se introducirá en un parlamento recientemente elegido en un momento de creciente apoyo a la reforma legal progresiva en el país, ofreciendo una oportunidad potencial para alinear el marco legal y político del país relacionado con el VIH con los principios de derechos humanos.

El progreso de la SIDC hasta ahora subraya la importancia de vincular la discriminación contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave con otras desigualdades que los defensores de la comunidad también están tratando de abordar. “Para combatir la discriminación, no podemos hablar de una discriminación y dejar fuera al resto, tiene que ser incluyente”, señaló Nadia Badran, directora ejecutiva de SIDC. Las alianzas de amplio alcance entre la sociedad y el gobierno que se extienden más allá del sector de la salud para incluir sectores como la justicia y la educación ofrecen la mejor esperanza para lograr un cambio significativo.

Capacitación para educadores sobre la divulgación a poblaciones clave sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos, organizada por la Sociedad para la Inclusión y el Desarrollo en Comunidades y Atención para Todos (SIDC). Beirut, Líbano, 17 de marzo de 2022.

JAMAICA TOMA MEDIDAS PARA ABORDAR LOS DERECHOS HUMANOS Y LAS BARRERAS AL VIH

65%

DE LOS HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN JAMAICA EXPERIMENTARON ABUSO VERBAL EN LOS 12 MESES ANTERIORES

Está aumentando el impulso para la adopción de medidas concretas sobre los facilitadores sociales en la respuesta al VIH. En el 2020, Jamaica se convirtió en uno de los primeros países en unirse a la Alianza Mundial para la Acción para Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación Relacionadas con el VIH. Desde entonces, una asociación pionera entre la sociedad civil, el Ministro de Estado de Salud y Bienestar y los líderes parlamentarios han trabajado a nivel nacional para traducir este compromiso en acciones concretas.

Es evidente la necesidad de adoptar medidas basadas en evidencia para abordar los derechos humanos y las barreras al VIH y otros servicios sociales y de salud en Jamaica: aunque la prevalencia general del VIH en adultos en Jamaica es del 1.3%, más de la mitad (51%) de las mujeres transgénero y el 30% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres viven con VIH.

El estigma y la discriminación también siguen siendo obstáculos críticos para el progreso hacia la eliminación del sida en Jamaica. Casi la mitad (48%) de las personas que viven con VIH afirman haber experimentado estigma y discriminación debido a su estado serológico respecto al VIH; el 38% indica que se han retrasado las pruebas y el 30% ha retrasado el inicio del tratamiento debido al temor al estigma y la discriminación (34). Según las encuestas, el 83% de las mujeres transgénero y el 65% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres experimentaron abuso verbal en los 12 meses anteriores, y casi la mitad de las mujeres transgénero experimentaron violencia física (34). "El temor al estigma lleva a algunas personas a la clandestinidad y las aleja de los servicios de salud que tanto se necesitan", dijo Juliet Cuthbert Flynn, Ministra de Estado del Ministerio de Salud y Bienestar.

Jamaica Partnership trabaja para optimizar la coordinación, la coherencia y la rendición de cuentas entre los actores gubernamentales y no gubernamentales y los socios internacionales para el desarrollo. Su objetivo es eliminar las barreras sociopolíticas, culturales y de otro tipo para una respuesta eficaz. Para lograr esto, Jamaica Partnership desarrolló un plan operativo, tarjetas de puntuación de derechos humanos para todas las partes interesadas en la respuesta nacional, informes anuales, informes de mitad de período y de final de año sobre los resultados de las tarjetas de puntuación, y un panel de informes en línea para la rendición de cuentas de los resultados.

Para traducir su visión en acciones concretas para eliminar el estigma y la discriminación, Jamaica Partnership se está enfocando en la creación de apoyo político para las reformas necesarias. Más de 140 personas han recibido capacitación sobre cómo involucrar a los actores políticos y construir alianzas de múltiples partes interesadas. Jamaica Partnership también ha celebrado 11 reuniones con actores políticos e influyentes a nivel nacional y local con el objetivo de cultivar campeones para acabar con el sida y combatir el estigma y la discriminación.



© UNAIDS

Una reunión parlamentaria de alto nivel, facilitada por el Ministro de Estado del Ministerio de Salud y Bienestar y el portavoz de la oposición en materia de salud, dio lugar a un acuerdo para establecer un grupo parlamentario bipartidista para abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. El grupo de trabajo parlamentario, que se ha comprometido a revisar periódicamente los datos sobre el estigma y la discriminación, ha acordado desarrollar y apoyar una legislación protectora sobre las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual. El grupo de trabajo también ha acordado desafiar las leyes nocivas y organizar diálogos con las personas que viven con VIH y las comunidades afectadas.

"La mejora de los derechos de las personas y los esfuerzos colectivos para asegurar que cada jamaiquino pueda vivir una vida libre de estigma, discriminación y violencia no es un asunto que afecte sólo a una persona, una entidad o un partido político", explicó Morais Guy, portavoz de la oposición en salud. "Es tarea de todos nosotros trabajar en colaboración por la dignidad de todos los jamaicanos".

Personal de Jamaica AIDS Support for Life (JASL). Desde el 2020, ONUSIDA y PNUD han prestado apoyo técnico y financiero a JASL para apoyar la realización de una encuesta nacional sobre las perspectivas y experiencias del público con respecto al estigma y la discriminación en Jamaica. Kingston, Jamaica, enero de 2022.

LOS PROGRAMAS “CIEGOS AL GÉNERO” NO ESTÁN FUNCIONANDO

A pesar de los avances hacia la igualdad de género en la mayoría de las regiones, la discriminación contra las mujeres y las niñas en toda su diversidad sigue existiendo en todas partes, perjudicando su salud y bienestar y exponiéndolas a un mayor riesgo de infección por VIH. En muchas sociedades, las normas de género nocivas prevalecientes también vilipendian a las minorías sexuales y alimentan el estigma, la discriminación y la violencia contra las comunidades de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI).

Las leyes y prácticas discriminatorias, las normas de género nocivas y las desigualdades de género generalizadas disminuyen la autonomía de las mujeres y los individuos LGBTI, las exponen a la violencia, les niegan el control sobre sus vidas sexuales y reproductivas y restringen su acceso al VIH y a otros servicios que pueden proteger su salud. Estos factores ayudan a avivar los riesgos excesivos del VIH para las mujeres y las adolescentes, como se ha visto en el África subsahariana, y para las personas jóvenes LGBTI de todo el mundo.

Deben respetarse los derechos humanos, incluidos los derechos y la salud sexual y reproductiva.

Deben respetarse los derechos humanos, incluyendo los derechos y la salud sexual y reproductiva. Las leyes y políticas que socavan la salud pública y discriminan por motivos de género y sexualidad deben ser reemplazadas por otras que promuevan la igualdad. Esto incluye leyes que requieren el consentimiento de los padres o tutores legales para que las mujeres y los adolescentes tengan acceso a los servicios contra el VIH y a otros servicios de salud sexual y reproductiva. Estos cambios legislativos deben ir acompañados de la sensibilización, la movilización comunitaria, la alfabetización jurídica y el acceso a la justicia, y esas acciones también deben llegar y beneficiar a las mujeres de las poblaciones clave.

Las normas sociales que perpetúan las desigualdades de género no son fijas: pueden ser desafiadas y modificadas, y los programas de transformación de género que resulten exitosos en hacerlo deben implementarse a una escala que pueda tener impacto social. Incluso en una escala limitada, algunas de estas intervenciones están resultando eficaces para reducir la violencia basada en el género, promover el diálogo y la toma de decisiones compartida en torno a prácticas sexuales más seguras, y aumentar la aceptación de los servicios de VIH tanto para mujeres como para hombres (35–40). Sin embargo, en última instancia, los programas y servicios del VIH a menudo siguen siendo ciegos al género: se puede y se debe hacer mucho más para que la desigualdad de género y la justicia de género pasen en primer plano en las respuestas al VIH, y para involucrar a los hombres y a los niños en esos esfuerzos. Eso requiere fortalecer e invertir en organizaciones dirigidas por mujeres y asegurar que participen significativamente en la configuración, implementación y monitoreo de los programas de VIH.

LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS NO SON UN PRIVILEGIO

La capacidad de tomar decisiones libremente sobre la salud sexual y reproductiva es el núcleo del empoderamiento de las mujeres, y es fundamental para sus perspectivas de vivir una vida sana y evitar el VIH. A pesar de ello, millones de mujeres y niñas adolescentes no cuentan con los servicios de salud sexual y reproductiva.¹² Como resultado, se estima que 257 millones de mujeres y adolescentes (de 15 a 49 años de edad) en todo el mundo que desean evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos (40). Un estudio del 2019 de datos de 47 países encontró que alrededor del 40% de las mujeres sexualmente activas que deseaban evitar el embarazo no estaban utilizando métodos anticonceptivos, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que aproximadamente 121 millones de embarazos no deseados ocurren en todo el mundo cada año (40, 41).

40%

DE LAS MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS DE 47 PAÍSES QUE DESEABAN EVITAR EL EMBARAZO NO UTILIZABAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

No se trata sólo de servicios ausentes o insuficientes: las mujeres y las niñas con frecuencia no pueden tomar sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y las necesidades de atención médica. Las mujeres de las poblaciones clave se ven especialmente afectadas, incluso cuando buscan atención médica. Los datos de 57 países (la mayoría de ellos en el África subsahariana) muestran que poco más de la mitad (55%) de las mujeres de 15 a 49 años de edad casadas o con una pareja tomaron sus propias decisiones sobre su salud sexual y reproductiva (42). Algunos países siguen codificando tales restricciones: siete requieren el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas tengan acceso a cualquier servicio de salud sexual y reproductiva, y cinco requieren el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas se hagan la prueba del VIH.¹³

Otras inequidades endurecen esas limitaciones: los datos de las encuestas demográficas y de salud correspondientes al 2017–2021 de 22 países de cinco regiones indican que el poder de decisión sobre su propia atención de salud tiende a ser más débil entre las mujeres y las niñas con menos educación y en el quintil de menor riqueza (43). Las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes tienden a tener el menor control: experimentan barreras que incluyen leyes que requieren el consentimiento de los padres o tutores para acceder a los servicios contra el VIH o a los servicios de salud sexual y reproductiva, actitudes estigmatizantes hacia los adolescentes sexualmente activos y servicios adaptados a las necesidades de las mujeres casadas (44–46).

En su informe de 2021, la Comisión Independiente de Alto Nivel sobre el Seguimiento de la CIPD25 en la Cumbre de Nairobi lamentó un “fracaso moral y político... [que fue] evidente en la erosión de los servicios, la pérdida de financiación y la disminución de la responsabilidad política en materia de salud sexual y reproductiva y derechos” (47).¹⁴

12 Los servicios de salud sexual y reproductiva abarcan la educación integral en sexualidad, la anticoncepción, la planificación familiar, la atención prenatal y del parto en condiciones de seguridad, la atención postnatal, los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y los servicios destinados a la detección preventiva, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de salud reproductiva, incluido el cáncer de mama y el cuello uterino.

13 Los países que requieren el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas tengan acceso a cualquier servicio de salud sexual y reproductiva son Afganistán, Botsuana, China, Cuba, Suazilandia, Kuwait y Lituania. Los países que requieren el consentimiento del cónyuge para que las mujeres casadas se hagan la prueba del VIH son Afganistán, Botsuana, Cuba, Honduras y Polonia.

14 Los compromisos contraídos en la Cumbre de Nairobi de 2019, celebrada en ICPD25, forman parte de un esfuerzo internacional para garantizar el logro del Programa de Acción de la CIPD y el Programa de Acción para el 2030, y que las mujeres tengan autonomía sobre sus cuerpos y sus vidas. Consulte: Acelerar la promesa: El informe sobre la Cumbre de Nairobi del ICPD25. Nueva York (NY): UNFPA; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected_Final_copy_2nd_June_2020_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf).

57

LOS PAÍSES (LA MAYORÍA DE ELLOS EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA) MUESTRAN QUE POCO MÁS DE LA MITAD (55%) DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD QUE ESTABAN CASADAS O CON UNA PAREJA TOMARON SUS PROPIAS DECISIONES SOBRE SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El maltrato y las violaciones de derechos que experimentan las mujeres que viven con VIH en los entornos de atención de la salud, incluidas la esterilización forzada y las prácticas anticonceptivas coercitivas, también deben terminar. El reconocimiento público por parte de Chile en mayo del 2022 de la responsabilidad internacional de esterilizar a las mujeres que viven con VIH sin su consentimiento ha sentado un precedente importante (48).

Los datos obtenidos en el África subsahariana muestran que la eliminación o relajación de las leyes que requieren el consentimiento de los padres antes de la prueba del VIH mejora los comportamientos de búsqueda médica de los adolescentes y los jóvenes (49). Entre los países que han revisado recientemente sus leyes o políticas para facilitar el acceso de los adolescentes a las pruebas del VIH y otros servicios relacionados con el VIH incluyen la República Democrática Popular Lao, Myanmar, Nepal, Nueva Zelanda, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam (50, 51).

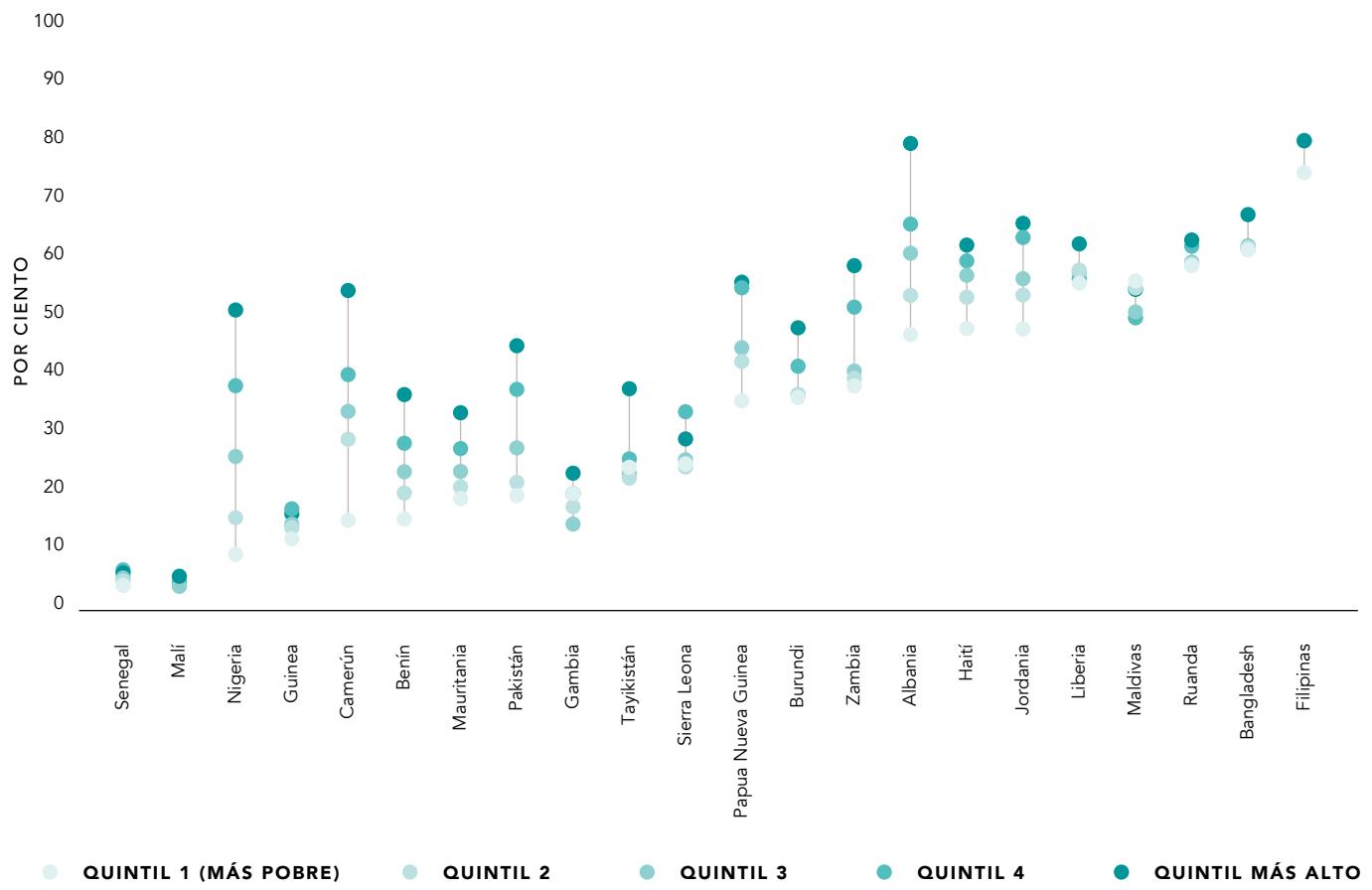
Los programas pueden y deben satisfacer las diversas necesidades de las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes, incluidas las que viven con VIH o pertenecen a las poblaciones clave (47). Las intervenciones dirigidas por la comunidad pueden tener un gran impacto, como se vio cuando Ashodaya Samithi dirigió servicios integrados de VIH y salud sexual y reproductiva para trabajadoras sexuales en Mysore, sur de la India (52).¹⁵ El monitoreo impulsado por la comunidad que está vinculado a mecanismos de denuncia y compensación también puede permitir a las mujeres y las niñas responsabilizar a los proveedores de servicios de salud por los servicios que prestan o retienen.

El acceso se puede mejorar aún más integrando y vinculando los servicios de SDSR, VIH y violencia de género, ofreciéndolos en centros de acogida, utilizando la extensión comunitaria y el apoyo de pares, y aprovechando las tecnologías de telefonía móvil y las plataformas de medios sociales (53). Es más probable que se acceda y utilice los servicios de SDSR que son más sensibles a los adolescentes y más amigables para los jóvenes, que adoptan enfoques sexo-afirmativos (o positivos para el sexo) y que se brindan de manera solidaria y sin prejuicios. También son más eficaces: un metaanálisis reciente de estudios encontró que los enfoques sexo-afirmativos y enfocados en el placer en los programas de condones contribuyeron a reducir el VIH y otras ITS (54–56).

Las desigualdades sesgan el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las mujeres más pobres y las de las zonas rurales tienden a tener el menor acceso a información y servicios anticonceptivos (Figuras 3,1 y 3,2) (57). Los estudios de investigación muestran que la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, salud materna y otros servicios de salud sexual y reproductiva es especialmente alta entre las poblaciones clave de mujeres, incluidas las trabajadoras sexuales y las mujeres que se inyectan drogas (58). La penalización de las leyes, el estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud y las dificultades económicas restringen su acceso a los servicios y socavan su capacidad para perseguir sus intenciones reproductivas de forma segura (53).

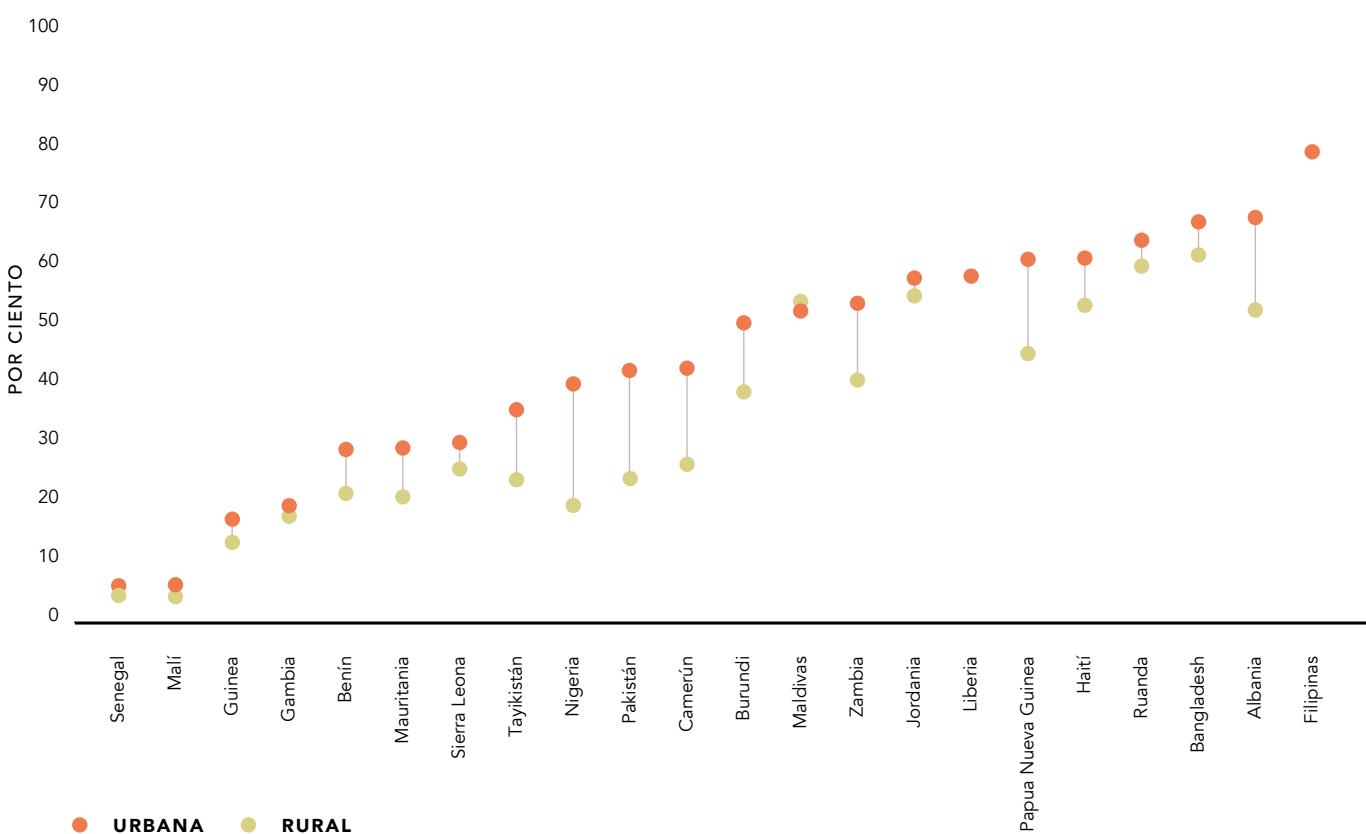
15 La proporción de trabajadoras sexuales que utilizan cualquier servicio de salud sexual y reproductiva en el año anterior se duplicó hasta el 51%, la adopción de pruebas de detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino aumentó significativamente del 12% al 56%, y las pruebas del VIH en los tres meses anteriores aumentaron del 26% al 73%.

FIGURA 3.1 Percentage of currently married women aged 15 to 49 years who are using a contraceptive method and make their own decisions regarding sexual relations, contraceptive use and their own health care, by wealth quintile, countries with available data, 2017–2021



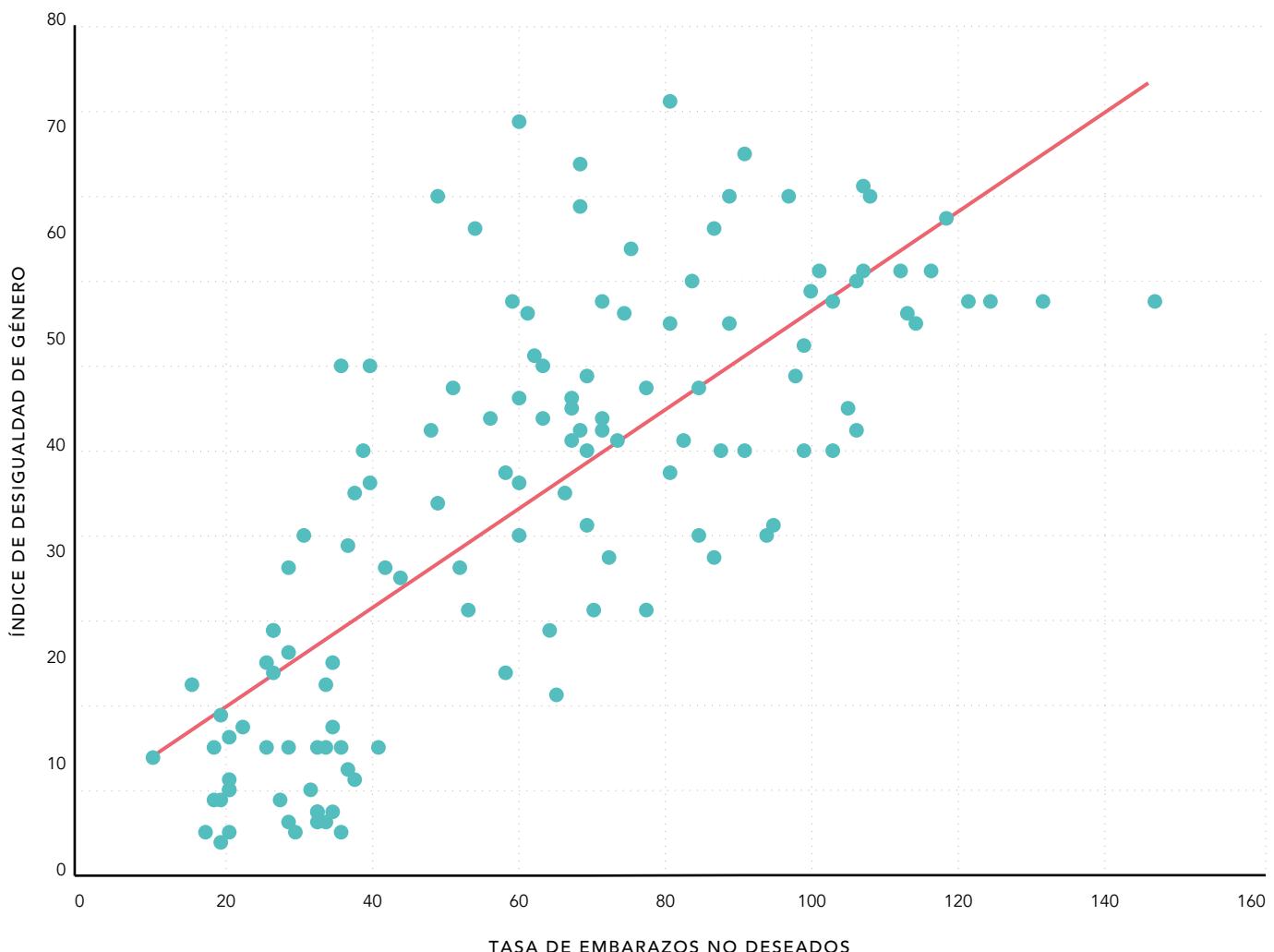
Source: Population-based surveys, 2017–2021.

FIGURA 3.2 Porcentaje de mujeres actualmente casadas de 15 a 49 años que usan un método anticonceptivo que toman sus propias decisiones sobre relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y atención médica, por lugar de residencia, países con datos disponibles, 2017 a 2021



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2017-2021..

El análisis realizado por el UNFPA muestra que los países y territorios con niveles más altos de desigualdad de género, medidos por el Índice de Desigualdad de Género del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), tuvieron tasas más altas de embarazos no deseados en 2015–2019 (Figura 3.3). Independientemente del grupo de ingresos del país, la desigualdad de género se destacó como el predictor más fuerte del embarazo no deseado. Los programas que buscan ampliar y fortalecer el acceso de las mujeres a los servicios de SDSR deben enfrentar y cambiar estas desigualdades subyacentes.

FIGURA 3.3 Correlación entre la tasa de embarazos no deseados, 2015–2019, y el índice de desigualdad de género, 2019

Fuente: Estado de la población mundial 2022: Ver lo invisible: el caso para la acción en la crisis desatendida de embarazos no deseados. Nueva York: UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf); Bearak, Jonathan et al, 2022. Específico del país.
Estimaciones de la incidencia de embarazos no deseados y abortos: un análisis comparativo global de los niveles en 2015-2019. BMJ Global Health, en prensa.
Información sobre la metodología disponible en <https://data.guttmacher.org/countries>.

LA INCESANTE CRISIS DE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO

La violencia de género sigue siendo una crisis mundial. Un análisis realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra que se estima que 736 millones de mujeres y niñas adolescentes de 15 años o más en el 2018 habían sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja íntima y/o una pareja no íntima al menos una vez en su vida (59).

Las mujeres que viven con VIH y las que pertenecen a las poblaciones clave y comunidades con diversidad de género enfrentan riesgos de violencia aún mayores. Según una estimación, entre el 45% y el 75% de las trabajadoras sexuales adultas han experimentado violencia física y/o sexual en el lugar de trabajo (59). Se estima que las prácticas policiales represivas aumentan tres veces los riesgos de violencia física o sexual de las trabajadoras sexuales y aumentan su riesgo de contraer el VIH u otras ITS (7). Las mujeres transgénero y las mujeres que se inyectan drogas también informan de altas tasas de violencia física, especialmente por parte de sus parejas, pero también a manos de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (61–63). En estudios realizados en el África subsahariana, se observó que las mujeres seropositivas tenían un riesgo considerable de violencia por parte de sus parejas masculinas después de revelar su estado serológico respecto al VIH (61). Otra revisión de 14 estudios de África subsahariana reveló que entre el 18% y el 63% de las mujeres que viven con VIH habían experimentado violencia en la pareja durante el embarazo (65). La violencia física, sexual y otras formas de violencia contra las personas LGBTI, incluida la violencia sexual relacionada con conflictos, también siguen siendo elevadas en muchas partes del mundo, aunque a menudo no se denuncian (66–70).

736 MILLONES

EN 2018, 736 MILLONES DE MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) HABÍAN SUFRIDO VIOLENCIA FÍSICA O SEXUAL AL MENOS UNA VEZ EN SU VIDA

La violencia y el miedo a la violencia alimentan el riesgo excesivo de VIH y otros riesgos para la salud que sufren muchas mujeres y niñas, especialmente las de comunidades marginadas (71). Puede bloquear sus intentos de negociar el uso del preservativo y obstaculizar su capacidad para acceder a los servicios contra el VIH y a otros servicios de salud, incluida la profilaxis previa a la exposición (PrEP), las pruebas del VIH, la vinculación con la atención del VIH, el inicio y la adherencia a la terapia antirretroviral y el logro de la supresión viral (72–77). Muchas mujeres también evitan revelar su estado VIH positivo a sus parejas o familiares por temor a una posible violencia (71, 75, 78). El abuso durante el embarazo hace que sea menos probable que las mujeres busquen pruebas o servicios contra el VIH para prevenir la transmisión vertical a sus recién nacidos (65, 79). Los hombres que cometen actos de violencia contra las mujeres también tienden a correr un mayor riesgo de transmitir o adquirir el VIH, como demuestran los estudios realizados en Camerún y Nepal (80, 81).

SE NECESITA CON URGENCIA DE ACCIONES Y RENDICIÓN DE CUENTAS MAS SEVERAS PARA PONER FIN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las intervenciones para reducir la violencia de género y abordar sus vínculos con el VIH deben ser priorizadas e integradas en las respuestas nacionales al VIH, con las asignaciones presupuestarias correspondientes (3). Los países tienen un largo camino por recorrer; los estados están dirigiendo recursos y esfuerzos insuficientes para resolver el problema. Un estudio de la OMS publicado en el 2021 encontró que menos de la mitad (42%) de 153 países estaban asignando fondos a políticas que abordan la violencia contra la mujer (82).¹⁶ Se estima que menos del 1% del total de la asistencia mundial para el desarrollo se destina a programas de violencia contra las mujeres (83).

40%

DE LOS HOMBRES Y MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD) DE 11 PAÍSES DIJERON QUE UN ESPOSO ESTABA JUSTIFICADO PARA AGREDIR FÍSICAMENTE A SU ESPOSA EN CIRCUNSTANCIAS DETERMINADAS

A pesar de esto, hay amplias acciones y enfoques multisectoriales que pueden cambiar las relaciones de poder desiguales que sustentan la violencia, protegen a las personas en riesgo de violencia y apoyan a los sobrevivientes. Deben ser parte integral de la respuesta al VIH (84–86). Un componente importante de ese enfoque consiste en invertir en la prevención de la violencia contra y entre los niños y las niñas y los niños adolescentes, incluso mediante la educación (87). Además, los esfuerzos para cambiar las actitudes sobre la violencia de género deben comenzar temprano: en muchos países, las generaciones más jóvenes tienen la misma probabilidad que la generación de sus padres de justificar la violencia contra las mujeres (88–89). Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 24 países para el 2017–2021 muestran que al menos el 40% de los hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) en 11 de esos países dijeron que un esposo estaba justificado en agredir físicamente a su esposa en ciertas circunstancias (43).

Las escuelas y otros lugares de aprendizaje tienen que garantizar condiciones seguras y proporcionar educación que promueva la tolerancia cero a la violencia de género y fomente normas equitativas de género.

Existen buenas prácticas para las intervenciones transformadoras y empoderadoras de género, que deben implementarse en una escala mucho mayor, y con una mayor inversión, a fin de reducir el VIH y la violencia contra las mujeres (39, 90–92). Las intervenciones que se adaptan a las necesidades de los adolescentes, y las destinadas a la empoderamiento social y económico de la mujer, necesitan mayor atención y apoyo, al igual que la educación grupal y la movilización comunitaria destinadas a transformar las normas y prácticas nocivas en materia de género (93). Los enfoques dirigidos por la comunidad y que agrupan diferentes intervenciones tienden a tener más éxito en la lucha contra la violencia de género (94, 95). El apoyo social organizado y las referencias para la seguridad, el asesoramiento y la búsqueda de una reparación legal, así como protecciones sociales más amplias, son elementos vitales de una respuesta significativa. Los proveedores de servicios de salud necesitan la capacitación y los recursos para responder adecuadamente, al igual que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (94, 96, 97).

En última instancia, se necesita una rendición de cuentas mucho mayor. La falta de responsabilizar a los perpetradores, los mecanismos de denuncia deficientes, la renuencia a priorizar la violencia de género como un problema de derechos humanos y el esfuerzo insuficiente para abordar el problema de manera sistemática crean una cultura de impunidad que permite que la violencia continúe (98).

¹⁶ Para los países fuera de las Américas, los datos fueron para el 2018–2019; para los de las Américas, los datos fueron para el 2020.

IMPACTO DE COVID-19 EN LAS NIÑAS Y LAS MUJERES EN NIGERIA Y SUDÁFRICA

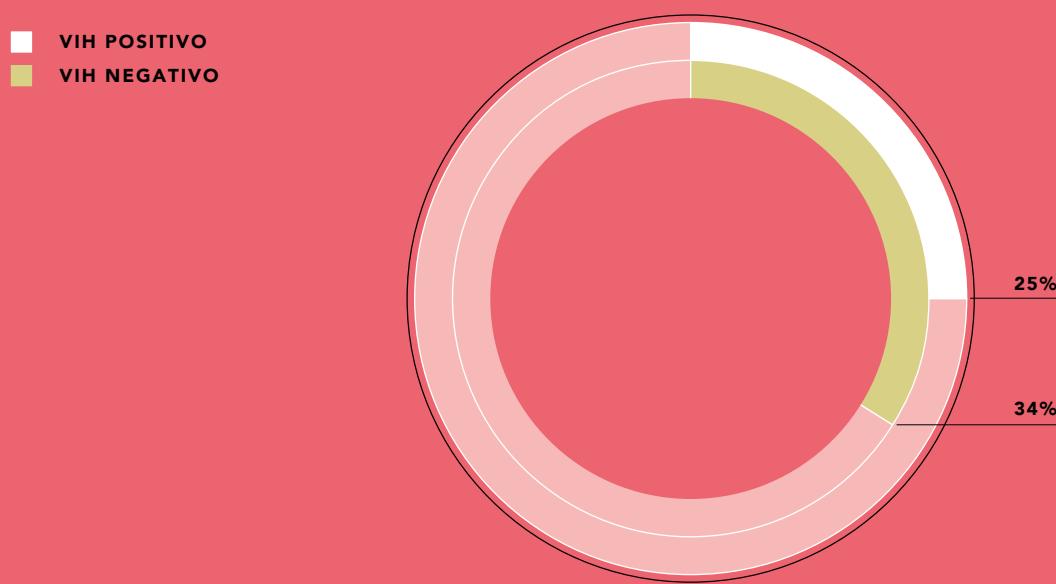
Los informes sobre el aumento de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19 debido al mayor aislamiento de las redes de protección social y económica y al mayor estrés social y económico advirtieron del riesgo que representaba para décadas de logros arduos para los derechos y el bienestar de las mujeres.

En el 2021, ONUSIDA se unió a organizaciones comunitarias y socios de investigación para llevar a cabo encuestas transversales de niñas y mujeres que viven con VIH o están en riesgo de contraer el VIH en Nigeria y Sudáfrica para evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en sus vidas. Los participantes fueron reclutados entre junio a diciembre de 2021 utilizando una combinación de métodos de muestreo de conveniencia basados en el lugar y multiplicador.¹ En Nigeria, los investigadores encuestaron a 4541 mujeres y niñas mayores de 15 años en 10 estados con una elevada carga de VIH; el 62% eran menores de 30 años y el 47% vivían con VIH. En Sudáfrica participaron 2812 mujeres y niñas mayores de 15 años de cuatro provincias con una alta carga de VIH, de las cuales el 61% eran menores de 30 años y el 45% vivían con VIH.

Un tercio (30%) de las 6689 mujeres y niñas reportaron haber sufrido violencia de género desde el inicio de la pandemia de COVID-19, siendo las adolescentes y mujeres que viven con VIH las más expuestas a la violencia (Figura 3.4). El 13% de los 6689 encuestados afirmaron haber sufrido más violencia que antes de la pandemia COVID-19. En comparación con las mujeres mayores, las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) fueron consistentemente más propensas a haber experimentado cada forma de violencia o abuso estudiado: violencia física y sexual o abuso emocional y económico por parte de sus parejas íntimas, o violencia sexual de parejas no íntimas.

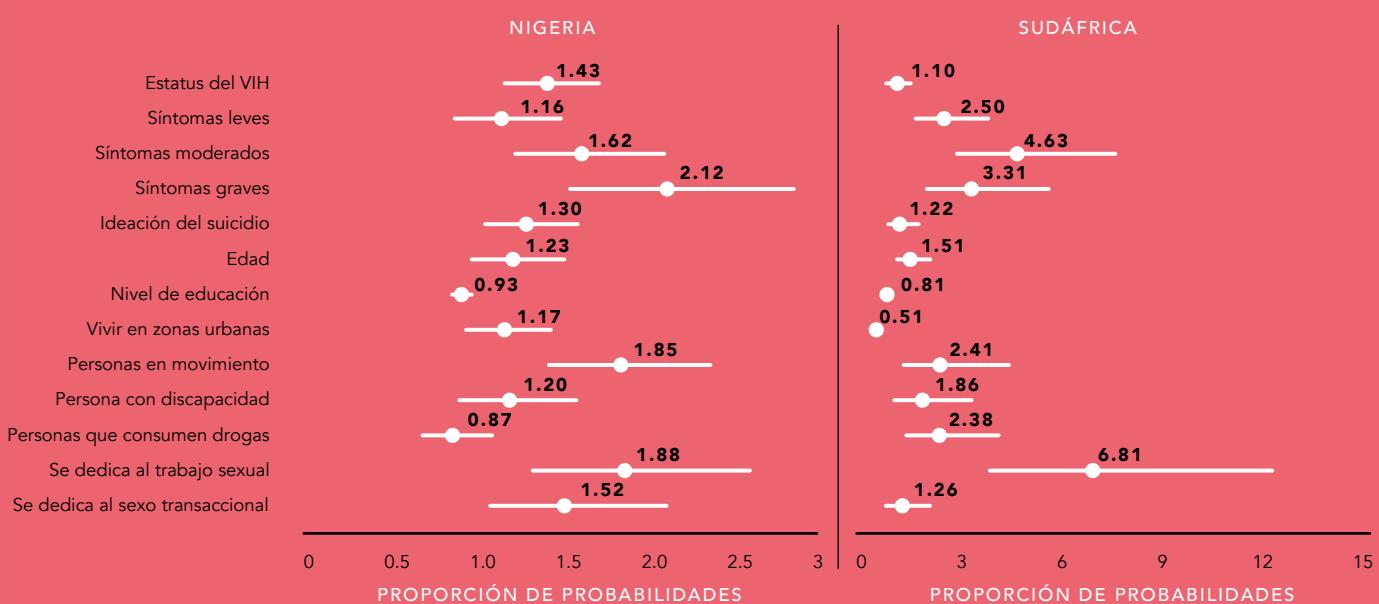
1 La población del estudio incluyó a mujeres con más de 15 años de edad que informaron que vivían con VIH o que estaban en alto riesgo de contraer VIH y de grupos clave y vulnerables. Esto incluía a las adolescentes y las mujeres jóvenes (definidas como las de 15 a 24 años), las trabajadoras sexuales (definidas como las mujeres que realizan actividades sexuales comerciales), las mujeres LGBTI (mujeres que se auto identifican que tienen sexo exclusivamente con mujeres, tienen sexo con mujeres y hombres, tienen orientaciones sexuales no heterosexuales o son transgénero), personas en movimiento (definidas como migrantes, refugiados, solicitantes de asilo, migrantes que regresan y personas desplazadas), mujeres con discapacidades (definidas como una persona que tiene impedimentos físicos o sensoriales a largo plazo) y mujeres que consumen drogas (definidas para este estudio como mujeres que se inyectan o consumen drogas ilegales).



FIGURA 3.4 Porcentaje de la población de estudio que reportó haber experimentado violencia de género desde el inicio de la pandemia de COVID-19, según estado serológico

Fuente: Lamontagne E, Yokusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Violencia sexual, física, económica y emocional que enfrentan las mujeres y las adolescentes que viven con VIH y están en alto riesgo de contraer VIH en Sudáfrica y Nigeria en tiempos de COVID-19. 24.^a Conferencia Internacional sobre el sida, del 29 de julio al 2 de agosto.

Nota: Encuestados (n = 5922); faltantes (n = 452). Datos recopilados entre junio y diciembre de 2021 en Nigeria y Sudáfrica.

FIGURA 3.5 Asociación de la violencia de género con otras características en la población de estudio, por país, 2021

Fuente: Lamontagne E, Yokusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Violencia sexual, física, económica y emocional que enfrentan las mujeres y las adolescentes que viven con VIH y están en alto riesgo de contraer VIH en Sudáfrica y Nigeria en tiempos de COVID-19. 24.^a Conferencia Internacional sobre el SIDA, del 29 de julio al 2 de agosto..

Nota: Participantes nigerianos = 2413. Datos recopilados entre junio y octubre de 2021 en 10 estados de Nigeria. Participantes sudafricanos = 1290. Datos recopilados entre septiembre y diciembre de 2021 en Cabo Oriental, Gauteng, KwaZulu Natal y Cabo Occidental.

El estudio encontró que las niñas y mujeres que viven con VIH tenían más probabilidades que las niñas y mujeres VIH negativas de experimentar violencia de género. Además, las víctimas de violencia de género tanto en Nigeria como en Sudáfrica son, respectivamente, más de dos (aOR 2.12; IC 95%: 1.56–2.88) y tres (aOR 3.31; IC 95%: 1.97–5.58) veces más probable de presentar síntomas graves de depresión y ansiedad que aquellas que no son víctimas de violencia. Las que se desplazan y las que realizan actividades sexuales tienen las mayores probabilidades de experimentar violencia de género (Figura 3.5).

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, más mujeres (10% en Nigeria y 15% en Sudáfrica) informaron que utilizaban el trabajo sexual o el sexo transaccional para mantener sus medios de subsistencia, y 9% de las trabajadoras sexuales en Nigeria y 5% en Sudáfrica habían comenzado a participar en relaciones sexuales sin preservativo con más frecuencia. Las mujeres que venden o intercambian sexo informaron haber experimentado una disminución sustancial de sus ingresos (53% en Nigeria y 38% en Sudáfrica) desde el comienzo de la pandemia.

Por último, las encuestas mostraron que, en comparación con las adolescentes y mujeres jóvenes VIH negativas, las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven con VIH tenían más probabilidades de comer menos o saltarse comidas desde el comienzo de la pandemia COVID-19 porque no había suficiente dinero para obtener alimentos. También tenían más probabilidades de haber recibido una subvención especial de ayuda por el COVID-19 u otras medidas de apoyo. Sin embargo, estas medidas especiales de apoyo por el COVID-19 sólo alcanzaron al 4% y al 10% de las adolescentes y mujeres jóvenes que viven con VIH y que tuvieron que comer menos o saltarse comidas en Nigeria y Sudáfrica, respectivamente.

Las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven con VIH tenían más probabilidades de comer menos o de saltarse las comidas desde el comienzo de la pandemia de COVID-19.

Los efectos sociales y económicos negativos de la pandemia de COVID-19, incluido el empeoramiento de la violencia de género, se sienten particularmente entre los miembros más marginados de la sociedad. Se deben diseñar e implementar más intervenciones feministas para abordar estos daños en colaboración con grupos dirigidos por trabajadoras sexuales y organizaciones de mujeres y para las personas que viven con VIH.

Los resultados de esta encuesta transversal proporcionan algunas ideas preliminares sobre cómo la pandemia de COVID-19 puede haber exacerbado la vulnerabilidad preexistente entre las mujeres con alto riesgo de contraer VIH y aquellas que viven con VIH en poblaciones vulnerables. El enfoque ecológico destacó que no son necesariamente factores únicos, sino más bien cómo se intersecan múltiples factores, lo que sirvió para exacerbar la vulnerabilidad. Los factores de riesgo tradicionales, como la edad, la experiencia de la violencia de género, la condición social, la pobreza y la resiliencia de los hogares, trabajaron junto con las restricciones de movimiento, los confinamientos y el consiguiente impacto económico para aumentar el riesgo de las mujeres que ya estaban en riesgo en grupos clave y vulnerables. Estas intersecciones de riesgo deben comprenderse y estudiarse mejor para diseñar intervenciones de salud pública más resilientes y receptivas ante futuras pandemias.

LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS HACE UN MUNDO DE DIFERENCIA

Todo niño tiene derecho a terminar su escolarización y a recibir una educación de calidad. Cuando se respeta este derecho, se reduce la pobreza, se mejoran los resultados en materia de salud y se estimula el desarrollo social y económico. Los efectos son especialmente fuertes para las niñas: sus ingresos a lo largo de la vida aumentan, las desigualdades se reducen y la inclusión social se fortalece (99–101). Su riesgo de contraer VIH y otras ITS también se reduce, como muestran estudios realizados en la India y el sur de África (102–110). Cuando Botsuana amplió la educación secundaria obligatoria, por ejemplo, descubrió que cada año adicional de escolaridad después del año 9 estaba asociado con una reducción del 12% en los riesgos de que las niñas de contraer el VIH (108).

A pesar de ello, una de cada tres adolescentes (de 10 a 19 años de edad) de los hogares más pobres del mundo nunca ha ido a la escuela (109). La pobreza, la discriminación de género, los conflictos políticos y las crisis humanitarias son los principales factores que mantienen a los niños fuera de las escuelas (110).

Education Plus insta a los gobiernos a que proporcionen un paquete de educación secundaria universal gratuito para niñas y niños que empodere a las niñas adolescentes y las jóvenes.

12

PAÍSES SE HAN UNIDO A LA INICIATIVA EDUCATION PLUS

Hay que eliminar las barreras a la educación de las niñas. La iniciativa Education Plus, convocada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el FNUAP, la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y ONUSIDA, se lanzó en el 2021 para garantizar que todas las niñas adolescentes y mujeres jóvenes del África subsahariana puedan acceder a una educación secundaria de calidad junto con una educación vital, oportunidades socioeconómicas y servicios de salud. La iniciativa utiliza la promoción política de alto nivel para empoderar a las adolescentes y las jóvenes y promover la igualdad de género en el África subsahariana, con la educación secundaria como punto de entrada estratégico. También está ayudando a movilizar coaliciones y redes a gran escala, incluso a nivel comunitario, para involucrar a organizaciones de mujeres, jóvenes y de la sociedad civil, redes de mujeres y niñas que viven con VIH, asociaciones de maestros y padres, y líderes culturales y religiosos, y reunirlos en torno a un objetivo común.

Página siguiente

La Iniciativa Education Plus fue lanzada por la Primera Dama de Gambia, H.E. Fatoumata Bah Barrow, en el Centro Internacional de Conferencias Sir Dawda Kairaba Jawara el 7 de julio de 2022.

LOS LOGROS ANTERIORES SE VEN AMENAZADAS DE NUEVO

Antes de COVID-19, en los últimos 20 años el número de niñas no matriculadas en la escuela disminuyó en 79 millones en todo el mundo. Esto fue el resultado de décadas de esfuerzos para lograr que más niñas ingresaran a las aulas y reducir la brecha de género en el acceso a la educación (111). A pesar de este progreso, las niñas todavía superaban en número a los niños en edad escolar que no asistían a la escuela primaria (32.3 millones frente a 26.8 millones en todo el mundo), sus tasas de finalización eran más bajas y tenían más probabilidades que los niños de quedar permanentemente excluidos de la educación (111).

En el África subsahariana, alrededor del 38% de las niñas y el 35% de los niños en edad de asistir a la escuela secundaria no asistían a la escuela en 2018, y en la mayor parte de África occidental y central, las niñas en edad de asistir a la escuela primaria o secundaria tenían más probabilidades que los niños de no asistir a la escuela (112, 113). Además, la calidad de la educación de las niñas en muchos países sigue sufriendo debido a la discriminación que sufren en sus escuelas y comunidades (111).

La pandemia de COVID-19 está haciendo aún más difícil que las niñas asistan y permanezcan en la escuela. A finales del 2021, los cierres de escuelas relacionados con COVID-19 habían afectado a más de 1.6 mil millones de estudiantes en todo el mundo, según estimaciones de UNICEF. Las evaluaciones a nivel de país (de Italia, México, Pakistán y Sudáfrica, por ejemplo) sugieren que las pérdidas de aprendizaje han sido más graves para las niñas que para los niños (114). La pandemia amenaza con revertir los logros de las últimas dos décadas, dejando a unos 20 millones más de niñas en edad de asistir a la escuela secundaria fuera de la escuela en los países en desarrollo (la mayoría de ellas en África) después de que la crisis COVID-19 haya pasado (115).

Education Plus insta a los gobiernos a que proporcionen un paquete de educación secundaria universal gratuito para niñas y niños que empodere a las adolescentes y las jóvenes. La iniciativa hace hincapié en el acceso universal a la educación integral en sexualidad, el cumplimiento de la SDSR, la libertad de la violencia sexual y de género, las transiciones entre la escuela y el trabajo, y la seguridad económica y el empoderamiento de las mujeres. Doce países se han comprometido a los más altos niveles políticos a implementar la iniciativa: Benín, Camerún, Gabón, Gambia, Lesoto, Malawi, Senegal, Sierra Leona, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Algunos ya han tomado medidas concretas (ver la historia de Education Plus en este capítulo), y se están preparando casos de inversión en Benín, Camerún, Lesoto y Sierra Leona. También se están elaborando marcos normativos en Sudáfrica (sobre la prevención de los embarazos entre los alumnos y el apoyo a las políticas y disposiciones de retención escolar para las niñas embarazadas), Lesoto (sobre la retención de los alumnos en la escuela) y Malawi y Sierra Leona (estrategias sectoriales).



Sudáfrica ha puesto en marcha una política para prevenir el embarazo entre las jóvenes y retener y apoyar a las mujeres embarazadas que están aprendiendo, al tiempo que las conecta con la protección social y el apoyo psicosocial necesarios como parte de los esfuerzos para reducir las disparidades de género en la educación.

"Es esencial que las niñas aprendan a cuidarse a sí mismas, pero también que se les den todos los medios necesarios para hacerlo", dice Ketcha Pertulla Ezigha, fundadora de Leap Girl Africa. "El conocimiento y el empoderamiento son cruciales para proteger a las niñas y adolescentes de la deserción escolar, el abuso y las enfermedades infecciosas como el VIH".



Campaña Education Plus para alentar a las niñas a asistir a la escuela secundaria, Camerún, 2022.

EDUCATION PLUS: TOMANDO IMPULSO

Education Plus está ayudando a impulsar cambios importantes en África. Sierra Leona, uno de los primeros países en sumarse a la iniciativa, está introduciendo educación gratuita en las escuelas primarias y secundarias para ayudar a lograr la paridad de género. Su política de inclusión radical garantiza que las estudiantes embarazadas sigan accediendo a su educación con la prestación adicional de servicios de apoyo social. Se ha elaborado un plan de estudios integral de educación sexual para las escuelas secundarias y las escuelas también se están volviendo más accesibles, como por ejemplo mediante la instalación de rampas y la prestación de otras ayudas a los alumnos con discapacidades. También se ha introducido un plan de becas en ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas para aumentar la participación de las niñas en la ciencia y la industria.

Además, los ministerios de Educación y Salud han elaborado una nueva estrategia de salud escolar y un nuevo plan operacional para orientar la prestación de servicios de salud escolar, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva. Ambos ministerios están colaborando con el Ministerio de la Juventud para garantizar que los centros juveniles dispongan de servicios favorables para los jóvenes. Además, los objetivos de Education Plus se han integrado en el Plan del Sector Educativo de Sierra Leona.

En Camerún, sólo el 49% de las niñas en edad escolar asistían a la escuela secundaria en el 2019, y las tasas de deserción escolar eran altas, en parte debido a la pobreza, el elevado número de embarazos precoces y no planificados y el matrimonio precoz. El Gobierno del Camerún está coordinando actividades centradas en la educación en 10 ministerios y está trabajando con más de 70 organizaciones de la sociedad civil para identificar y planificar cambios prioritarios. Se acaba de instituir una nueva política sobre la gestión de las estudiantes embarazadas a fin de garantizar que las niñas embarazadas tengan acceso a la escuela y al apoyo multisectorial por niveles.

En Benín, un comité de ocho ministerios está dirigiendo su iniciativa de Educación Plus, y el Gobierno ha aprobado una serie de actividades que abordan las principales prioridades de la iniciativa.¹ La educación secundaria gratuita es un objetivo clave, y el gobierno está examinando las reformas jurídicas y políticas necesarias, mientras que los organismos de las Naciones Unidas están ayudando a obtener el apoyo de los donantes para que esto se convierta en una realidad.

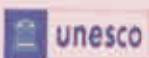
Lesoto está preparando una política de retención escolar para mantener a los alumnos en la escuela, y ha iniciado un proceso para ayudar a las niñas a volver a la escuela después de los cierres relacionados con el COVID19 en 2020–2021. Se ha lanzado una campaña para fomentar el apoyo a la educación secundaria gratuita, respaldada por un caso de inversión.

¹ Las áreas centrales de enfoque de Educación Plus son: la finalización de una educación secundaria de calidad; el acceso universal a la educación integral en sexualidad; el cumplimiento de los SDSR; la libertad de la violencia sexual y de género; transiciones exitosas de la escuela al trabajo; y la seguridad económica y el empoderamiento de las mujeres jóvenes.

African
Union



EDUCATION PLUS INITIATIVE



CAMBIO A ENFOQUES QUE INCLUYAN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES

A pesar de que se estima que mil millones de personas (el 15% de la población mundial) tienen una discapacidad, las personas con discapacidad han sido ignoradas en muchas respuestas al VIH (116).¹⁷ Los datos de África subsahariana sugieren que el riesgo de infección por VIH puede ser hasta 1.5 veces mayor en los hombres y 2.2 veces mayor en las mujeres con discapacidad en comparación con las personas sin discapacidad (117). Ese riesgo elevado está vinculado a varios factores, como se muestra en estudios realizados en Burundi, Etiopía y Sudáfrica (118–120). La discriminación y el descuido general de las necesidades de las personas con discapacidad pueden comprometer sus conocimientos sobre el VIH, limitar su acceso al VIH y a los servicios de salud sexual y reproductiva, y afectar la calidad de la atención que reciben (121, 122). Otros factores afectan su acceso a los servicios, incluyendo la inaccesibilidad física de los servicios, suposiciones incorrectas de que las personas con discapacidades no son sexualmente activas, y la falta de habilidades entre los proveedores de atención médica para atender y comunicarse con personas con discapacidades. La escasez de datos desglosados, la mala gobernanza y la falta de financiación están prolongando esta situación (116, 122–125).

En consecuencia, los estudios sugieren que las personas con discapacidades tienen aproximadamente un 10% menos de probabilidades de conocer su estado serológico respecto al VIH y recibir terapia antirretroviral que las personas sin discapacidades (116, 126). La adherencia al tratamiento también tiende a ser baja entre las personas que viven con el VIH y con discapacidades, y estudios de los Estados Unidos han encontrado tasas elevadas de mortalidad relacionada con el sida en esta población (116, 127–129). Será difícil lograr los objetivos de pruebas y tratamiento del VIH sin la inclusión completa de las personas con discapacidad (116).

Aunque llega tarde, hay un reconocimiento creciente de la importancia de incluir la discapacidad en una respuesta integral al VIH. Catorce de los 18 planes estratégicos nacionales sobre el VIH en África oriental y meridional, por ejemplo, identifican actualmente a las personas con discapacidad como una población marginada que enfrenta un alto riesgo de infección por VIH, y las encuestas nacionales y los estudios de vigilancia están empezando a recopilar datos desglosados por discapacidad. El plan estratégico nacional de Sudáfrica, en particular, es altamente incluyente en materia de discapacidad y puede servir de ejemplo para otros países (130, 131). Las organizaciones de la sociedad civil también pueden promover la inclusión asegurando que las personas con discapacidad estén representadas en la elaboración de planes estratégicos nacionales y en los mecanismos de coordinación nacionales del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial). La educación integral en sexualidad (como el enfoque Rompiendo el Silencio en Sudáfrica) y la capacitación sobre discapacidades para los trabajadores de la salud pueden ayudar a reducir la vulnerabilidad y el riesgo (132, 133). Además, los programas sobre el VIH deberían fortalecer los vínculos con los servicios de rehabilitación para que las personas que viven con VIH y con discapacidades puedan prosperar (116).

17 La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad exige que los países salvaguarden los derechos de las personas con discapacidad a participar y ser incluidas en todas las esferas de la vida. Esto incluye el derecho a acceder a los servicios de salud.

DERRIBAR BARRERAS A LOS SERVICIOS DE VIH Y SDSR PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN KENIA

Mil millones de personas, o el 15% de la población mundial, tienen una o más discapacidades (117). En muchas partes del mundo, sus necesidades a menudo no se tienen plenamente en cuenta en la prestación de servicios de salud y VIH, lo que se traduce en barreras al acceso a los servicios que incluyen instalaciones inaccesibles, falta de servicios adaptados a sus necesidades y actitudes estigmatizantes entre los trabajadores de la salud (118).

Satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad es un déficit especialmente grave. Es por eso que This Ability Trust, una organización sin fines de lucro dirigida por mujeres en Kenia dedicada a promover los derechos y la inclusión de las mujeres y niñas con discapacidad, está trabajando para asegurar que estos grupos no se queden atrás cuando se trata del VIH y SDSR.

Una encuesta reciente realizada por This Ability reveló que el 53% de los trabajadores de la salud no da prioridad a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con discapacidad. “La sociedad piensa que las mujeres con discapacidad no son sexualmente activas, y las excluye de la información y de la atención médica”, indicó Anne Wanjiru, activista de personas con discapacidad de la ciudad costera de Mombasa. “La pobreza agrava el problema. La consecuencia es que muchas mujeres toman decisiones equivocadas con respecto a su salud sexual y reproductiva o, más bien, las decisiones sobre su sexualidad se toman por ellas sin su consentimiento”.

La encuesta de This Ability reveló que la mayoría de los establecimientos de salud tenían infraestructura que era inaccesible para las mujeres con discapacidad, y sólo el 20% de los proveedores encuestados dijeron que las sesiones relacionadas con la discapacidad se habían integrado en la capacitación previa al servicio para el personal médico y no médico.

Sin embargo, This Ability hizo más que documentar el problema. Con el apoyo de FNUAP, está trabajando para cerrar las brechas críticas en los servicios que afectan a las mujeres con discapacidad.

Hesabika, una plataforma móvil desarrollada por This Ability, envía información sobre salud sexual, VIH, violencia de género y COVID-19 dos veces por semana en kiswahili e inglés a más de 17 000 personas. En el 2021, durante los 16 Días de Activismo sobre la Violencia contra la Mujer, This Ability también coordinó un festival de arte de cinco días centrado en la discapacidad, la sexualidad y la autonomía corporal. Por último, This Ability ha utilizado SKILLS, una plataforma de aprendizaje electrónico, para capacitar a 90 trabajadores de la salud de nueve condados en SDSR de mujeres con discapacidad.



Junto con estas actividades, This Ability opera una línea telefónica gratuita en ocho de los 47 condados de Kenia. A través de estas líneas telefónicas, ocho mujeres con discapacidad, conocidas como "Mama Siris" (por la palabra "Siri" en kiswahili que significa "secreto"), han proporcionado información y asesoramiento sobre salud sexual, VIH y violencia de género a más de 8000 personas desde el lanzamiento del programa en el 2020.

El programa de llamadas no sólo sirve como una fuente esencial de información y apoyo para las mujeres con discapacidad, sino que también ha empoderado a las propias Mama Siris. "El cambio en Mama Siris es asombroso", comentó Lizzie Kiama, fundadora y administradora de This Ability Trust. "Sus habilidades y confianza han aumentado, han adquirido legitimidad en sus comunidades y han aumentado sus habilidades de liderazgo, hasta el punto de que varios están considerando postularse para cargos locales en las próximas elecciones".

Estas iniciativas centradas en la comunidad deben complementarse ahora con reformas más amplias. Se necesitan mejoras tangibles en la infraestructura de salud, el tipo de información de salud disponible para las mujeres con discapacidad y las actitudes de los trabajadores de la salud sobre el VIH y SDSR para las personas con discapacidad.

Anne Wanjiru dirige un programa sobre sexualidad para personas con discapacidad, que incluye el manejo de la higiene menstrual, en Kenia en 2021.

REFERENCIAS

1. Amnesty International report, 2020/21. London: Amnesty International; 2021.
2. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet*. 2022;399(10344):P2381-P2397.
3. We've got the power—women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv).
4. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):773.
5. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134-e140.
6. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAF0403.
7. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15:e1002680.
8. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e374.
9. Batchelder AW, Foley JD, Wirtz MR, Mayer K, O'Cleirigh C. Substance use stigma, avoidance coping, and missed HIV appointments among MSM who use substances. *AIDS Behav*. 2021;25(5):1454-63.
10. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights and health: supplement. New York (NY): UNDP; 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).
11. Global mapping of sex worker laws [Internet]. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; c2021 (<https://www.nswp.org/sex-work-laws-map>).
12. How sex work laws are implemented on the ground and their impact on sex workers. Briefing paper. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2019 (https://www.nswp.org/sites/default/files/how_sw_laws_are_implemented_their_impact_-nswp_2019_0.pdf).
13. Order dated 19 May 2022 in the case of Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal. No 135 of 2010. Supreme Court of India; 2022 (https://main.sci.gov.in/supremecourt/2007/37388/37388_2007_5_20_35996_Order_19-May-2022.pdf).
14. Legal and policy trends: impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
15. UNAIDS welcomes parliament's decision to repeal the law that criminalizes HIV transmission in Zimbabwe. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 March 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220318_law-hiv-transmission-zimbabwe).
16. Report on progress on actions to reduce stigma and discrimination in all its forms. Report submitted to the 49th meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 7–10 December 2021, Geneva.
17. The global drug policy index, 2021. Harm Reduction Consortium; 2021 (<https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf>).

18. Drug Decriminalization in Oregon, One Year Later: Thousands of Lives Not Ruined by Possession Arrests, 300 Million+ in Funding for Services. In: Drugpolicy.org [Internet]. 3 November 2021. Drug Policy Alliance; c2022 (<https://drugpolicy.org/press-release/2021/11/drug-decriminalization-oregon-one-year-later-thousands-lives-not-ruined>).
19. Ghoussoub M. B.C. will decriminalize up to 2.5 grams of hard drugs. Drug users say that threshold won't decriminalize them. In: CBC News [Internet]. 3 June 2022. Toronto (ON): CBC; c2022 (<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/drug-decrim-threshold-1.6477327>).
20. Vejjpongsa T, Peck G. Thailand makes marijuana legal, but smoking discouraged. In: IDPC.net [Internet]. 9 June 2022. International Drug Policy Consortium; c2022 (<https://idpc.net/alerts/2022/06/thailand-makes-marijuana-legal-but-smoking-discouraged>).
21. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *Lancet.* 2015;385:55-71.
22. Sex work and the law: understanding legal frameworks and the struggle for sex work law reforms. Edinburgh: NSWP; 2014. (<https://www.nswp.org/resource/nswp-publications/sex-work-and-the-law-understanding-legal-frameworks-and-the-struggle-sex>).
23. End 'war on drugs' and promote policies rooted in human rights: UN experts. In: OHCHR.org [Internet]. 24 June 2022. Media statement. Geneva: OHCHR; c2022 (<https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/end-war-drugs-and-promote-policies-rooted-human-rights-un-experts#:~:text=GENEVA%20%2824%20June%202022%29%20-%20UN%20human%20rights,June%202022%2C%20the%20experts%20issued%20the%20following%20statement%3A>).
24. Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).
25. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidza C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(5):561-70.
26. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yunihastuti E, Santella AJ, Ranauta A et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Dis.* 2020;26 Suppl 1:103-11.
27. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; [forthcoming].
28. Galal YS, Khairy WA, Mohamed R, Esmat G, Negm M, Alaty WHA et al. HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2022;116(7):636-44.
29. Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS.* 2020;34(1):38-50.
30. Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Multiple forms of discrimination and internalized stigma compromise retention in HIV care among adolescents: findings from a South African cohort. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(5):e25488.
31. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.
32. Looking out for adolescents and youth from key populations: formative assessment on the needs of adolescents and youth at risk of HIV—case studies from Indonesia, the Philippines, Thailand and Viet Nam. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2019.

33. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
34. Jamaica Network of Seropositives, Health Policy Plus. The People Living with HIV Stigma Index: Jamaica. Washington (DC): Palladium, Health Policy Plus; 2020 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/06/Jamaica-SI-Report-2020.pdf>).
35. Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation and International Center for Research on Women. Evidence-based strategies to engage men and boys in gender-integrated health interventions. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2014 (http://www.healthpolicyproject.com/pubs/382_MenandBoysBrief.pdf).
36. Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21:e25134.
37. Increasing male engagement in the HIV response: promising practices in eastern and southern Africa. Cape Town: Sonke Gender Justice; 2017.
38. Stewart R, Wright B, Smith L, Roberts S, Russell N. Gendered stereotypes and norms: a systematic review of interventions designed to shift attitudes and behaviour. *Heliyon.* 2021;7(4):e06660.
39. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260425.
40. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population 2022. New York (NY): UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf).
41. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health.* 2019;16(1):148.
42. United Nations Population Fund global databases, 2020. Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the 2007–2018 period. For more information, see: Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG Target 5.6. New York (NY): UNPFA; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>).
43. Demographic and Health Surveys, 2017–2021.
44. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health.* 2021;18(1):135.
45. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health.* 2020;65(4):425-32.
46. Newton-Levinson A, Leichliter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. *J Adolesc Health.* 2016;59(1):7-16.
47. No exceptions, no exclusions: realizing sexual and reproductive health, rights and justice for all. 2021 report of the High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. High-Level Commission on the Nairobi Summit; 2021 (https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH_0.pdf).

48. UNAIDS welcomes Chile's public apology in landmark case of involuntary sterilization of women living with HIV. Press statement. In: UNAIDS.org [Internet]. 27 May 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV#:~:text=Government's%20public%20acknowledgement,-GENEVA%2C%2027%20May%202022%E2%80%94UNAIDS%20welcomes%20the%20Chilean%20Government's%20public,where%20sterilized%20without%20their%20consent).
49. McKinnon B, Vandermorris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2019;97(1):42-50.
50. Young people and the law: laws and policies impacting young people's sexual and reproductive health and rights in the Asia-Pacific region. 2020 update. Bangkok: UNFPA; 2020 (https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/young_people_and_the_law_-laws_and_policies_impacting_young_peoples_sexual_and_reproductive_health_and_rights_in_the_asia-pacific_region_2020_update_2.pdf).
51. Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
52. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218654.
53. Ippoliti NB, Nanda G, Wilcher R. Meeting the reproductive health needs of female key populations affected by HIV in low- and middle-income countries: a review of the evidence. *Stud Fam Plann.* 2017;48(2):121-51.
54. Zaneva M, Philpott A, Singh A, Larsson G, Gonsalves L. What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2022;17(2):e0261034.
55. Sladden T, Philpott A, Braeken D, Castellanos-Usiglio A, Yadav V, Christie C et al. Sexual health and wellbeing through the life course: ensuring sexual health, rights and pleasure for all. *Inter J Sex Health.* 2021;33(4):565-71.
56. Ford JV, Corona Vargas E, Finotelli I Jr, Fortenberry JD, Kismödi E, Philpott A et al. Why pleasure matters: its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *Inter J Sex Health.* 2019;31(3):217-30.
57. Family planning fact sheet. In: UNFPA.org [Internet]. Updated 16 August 2021. New York (NY): UNFPA; c2022 (<https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>).
58. Twizelimana D, Muula AS. Unmet contraceptive needs among female sex workers (FSWs) in semi urban Blantyre, Malawi. *Reprod Health.* 2021 Jan 19;18(1):11.
59. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women, and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.
60. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014;104:e42-e54.
61. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health.* 2020;110(9):e1-e14.
62. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette KZ et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002422.
63. Folch C, Casabona J, Majó X, Meroño M, González V, Colom J et al. Women who inject drugs and violence: need for an integrated response. *Adicciones.* 2021;33(4):299-306.

64. Meskele M, Khuzwayo N, Taylor M. Mapping the evidence of intimate partner violence among women living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(5):e041326.
65. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2022;22(1):220.
66. Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J et al. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. *Confl Health*. 2020;14:11.
67. Flores AR, Langton L, Meyer IH, Romero AP. Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: results from the National Crime Victimization Survey, 2017. *Sci Adv*. 2020;6(40):eaba6910.
68. Schwab-Reese LM, Currie D, Mishra AA, Peek-Asa C. A comparison of violence victimization and polyvictimization experiences among sexual minority and heterosexual adolescents and young adults. *J Interpers Violence*. 2021;36(11-12):NP5874-NP5891.
69. Hate crimes against LGBTQ on the rise in Switzerland. In: swissinfo.ch [Internet]. 17 May 2022. SWI swissinfo.ch; c2022 (<https://www.swissinfo.ch/eng/hate-crimes-against-lgbtq-on-the-rise-in-switzerland/47599858>).
70. UNITY Platform publishes annual report on violence against sexual and gender minorities in Cameroon. In: UNAIDS.org [Internet]. 5 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210505_camereroon).
71. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):897.
72. Leis M, McDermott M, Koziarz A, Szadkowski L, Kariri A, Beattie TS et al. Intimate partner and client-perpetrated violence are associated with reduced HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake, depression and generalized anxiety in a cross-sectional study of female sex workers from Nairobi, Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(Suppl 2):e25711.
73. Mendoza C, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Fleming PJ, Decker MR et al. Violence from a sexual partner is significantly associated with poor HIV care and treatment outcomes among female sex workers in the Dominican Republic. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(3):273-8.
74. Ogbonnaya IN, Reed E, Wanyenze RK, Wagman JA, Silverman JG, Kiene SM. Perceived barriers to HIV care and viral suppression comparing newly diagnosed women living with HIV in rural Uganda with and without a history of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2021 Jun 26:8862605211028284.
75. Hatcher AM, Brittain K, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L. Longitudinal association between intimate partner violence and viral suppression during pregnancy and postpartum in South African women. *AIDS*. 2021;35(5):791-9.
76. Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. *Social Sci Med*. 2016;153:123-30.
77. Kidman R, Violari A. Dating violence against HIV-infected youth in South Africa: associations with sexual risk behavior, medication adherence, and mental health. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;77(1):64-71.
78. Orza LB, Bell E, Crone ET, Damji N, Dilimitis S, Tremlett L et al. In women's eyes: key barriers to women's access to HIV treatment and a rights-based approach to their sustained well-being. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):155-68.
79. Wetzel EC, Tembo T, Abrams EJ, Mazenga A, Chitani MJ, Ahmed S et al. The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. *Malawi Med J*. 2021;33(4):242-52.
80. Fiorentino M, Sow A, Sagaon-Teyssier L, Mora M, Mengue MT, Vidal L et al. Intimate partner violence by men living with HIV in Cameroon: prevalence, associated factors and implications for HIV transmission risk (ANRS-12288 EVOLCAM). *PLoS One*. 2021;16(2):e0246192.

81. Shrestha R, Copenhaver MM. Association between intimate partner violence against women and HIV-risk behaviors: findings from the Nepal Demographic Health Survey. *Violence Against Women*. 2016;22(13):1621-41.
82. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Geneva: WHO; 2021.
83. Mago A, Dartnall E. Funding ethically: better funding for violence against women and violence against children—research in lower- and middle-income countries. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2022 (https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-01-20/FullReport_Ethical_Funding.pdf).
84. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Are interventions focused on gender-norms effective in preventing domestic violence against women in low and lower-middle income countries? A systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2019;16(1):93.
85. John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth*. 2020;20(2):65-8.
86. Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS Behav*. 2013 Nov;17(9):2845-63.
87. Annual report to the Human Rights Council: investing in child protection and violence prevention should be seen as a vaccine to end the pandemic of violence against children. New York (NY): Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children; 2022 (https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/hrc_report_2022.pdf).
88. Sánchez-Prada A, Delgado-Alvarez C, Bosch-Fiol E, Ferreiro-Basurto V, Ferrer-Perez VA. Psychosocial implications of supportive attitudes towards intimate partner violence against women throughout the lifecycle. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(17):6055.
89. Anaba EA, Manu A, Ogum-Alangea D, Modey EJ, Addo-Lartey A, Torpey K. Young people's attitudes towards wife-beating: analysis of the Ghana Demographic and Health Survey 2014. *PLoS One*. 2021;16(2):e0245881.
90. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237084.
91. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex*. 2021;23(10):1313-28.
92. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(1):e2100137.
93. Jones N, Pincock K, Baird S, Yadete W, Hamory Hicks J. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):97.
94. Yount KM, Krause KH, Miedema SS. Preventing gender-based violence victimization in adolescent girls in lower-income countries: systematic review of reviews. *Soc Sci Med*. 2017;192:1-13.
95. Ferrari G, Torres-Rueda S, Chirwa E, Gibbs A, Orangi S, Barasa E et al. Prevention of violence against women and girls: a cost-effectiveness study across 6 low- and middle-income countries. *PLoS Med*. 2022;19(3):e1003827.
96. Gibbs A, Reddy T, Closson K, Cawood C, Khanyile D, Hatcher A. Intimate partner violence and the HIV care and treatment cascade among adolescent girls and young women in DREAMS, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;89(2):136-42.
97. Meinck F, Pantelic M, Spreckelsen TF, Orza L, Little MT, Nittas V et al. Interventions to reduce gender-based violence among young people living with or affected by HIV/AIDS in low-income and middle-income countries. *AIDS*. 2019;33(14):2219-36.

98. Manjoo R. Accountability and impunity: developments and challenges in realizing justice for women victims of violence. *International Review of Contemporary Law*; March 2020.
99. The International Commission on Financing Global Education Opportunity. *The learning generation: investing in education for a changing world*. New York (NY): The Education Commission; 2016 (http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/08/Learning_Generation_Exec_Summary.pdf).
100. UNESCO strategy on education for health and well-being: contributing to the Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO; 2016 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453>).
101. Wodon Q, Montenegro C, Nguyen J, Onagoruwa A. Missed opportunities: the high cost of not educating girls. Washington (DC): World Bank; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29956/HighCostOfNotEducatingGirls.pdf?sequence=6&isAllowed=y>).
102. Population-based surveys, 2012–2018.
103. David JK, Pant R, Allam RR, Priya VM. The relationship between educational attainment and HIV prevalence among pregnant women attending antenatal clinics in six states of India: sentinel surveillance from 2010 to 2017. *Indian J Pub Health*. 2020;64(Suppl):S15-S21.
104. Mensch BS, Grant MJ, Soler-Hampejsek E, Kelly CA, Chalasani S, Hewett PC. Does schooling protect sexual health? The association between three measures of education and STIs among adolescents in Malawi. *Popul Stud (Camb)*. 2020;74(2):241-61.
105. Lindskog A, Durevall D. To educate a woman and to educate a man: gender-specific sexual behavior and human immunodeficiency virus responses to an education reform in Botswana. *Health Econ*. 2021;30(3):642-58.
106. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266-73.
107. Pettifor A, MacPhail C, Selin A, Gómez-Olivé FX, Rosenberg M, Wagner RG et al. HPTN 068: a randomized control trial of a conditional cash transfer to reduce HIV infection in young women in South Africa—study design and baseline results. *AIDS Behav*. 2016;20:1863-82.
108. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470-e477.
109. Addressing the learning crisis: an urgent need to better finance education for the poorest children. New York (NY): UNICEF; 2020 (<https://www.unicef.org/media/63896/file/Addressing-the-learning-crisis-advocacy-brief-2020.pdf>).
110. A future stolen: young and out of school. New York (NY): UNICEF; September 2018 (<https://data.unicef.org/resources/a-future-stolen/>).
111. United Nations Children's Fund, UN Women and Plan International. A new era for girls: taking stock of 25 years of progress. New York (NY): UNICEF; 2019 (https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/03/A-New-era-for-girls-progress-report-English_2020.pdf).
112. New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school. Montreal (QC): UNESCO Institute for Statistics; September 2019 (<http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>).
113. UNESCO Institute for Statistics, most recent values from 2010 to 2018. Cited in: Adolescent girls in West and central Africa: data brief. New York (NY): UNICEF; 2019 (<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/Adolescent-girls-WCAR-brochure-English-2019.pdf>).
114. The state of the global education crisis: a path to recovery. Washington (DC), Paris, New York (NY): The World Bank, UNESCO and UNICEF; 2021 <https://www.unicef.org/media/111621/file/%20The%20State%20of%20the%20Global%20Education%20Crisis.pdf%20.pdf>.

115. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impacts of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 (<https://malala.org/newsroom/archive/malala-fund-releases-report-girls-education-covid-19>).
116. Kuper H, Heydt P, Davey C. A focus on disability is necessary to achieve HIV epidemic control. *Lancet HIV*. 2022;9(4):e293-e298.
117. De Beaudrap P, Pasquier E, Tchoumkeu A, Touko A, Essomba F, Brus A et al. HandiVIH: a population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon—protocol and methodological considerations. *BMJ Open*. 2016;6:e008934.
118. Pengpid S, Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. *Pan Afr Med J*. 2019;33:302.
119. Mekonnen AG, Bayleyegn AD, Aynalem YA, Adane TD, Muluneh MA, Zeru AB. Determinants of knowledge, attitudes and practices in relation to HIV/AIDS and other STIs among people with disabilities in North-Shewa zone, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241312.
120. DeBeaudrap P, Beninguisse G, Mouté C, Temgoua CD. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi. *EClinicalMedicine*. 2020;25:100477.
121. Disability and HIV. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf).
122. Myezwa H, Hanass-Hancock J, Ajidahun AT, Carpenter B. Disability and health outcomes—from a cohort of people on long-term anti-retroviral therapy. *SAHARA J*. 2018;15:50-9.
123. Bright T, Kuper H. A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1879.
124. Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238585.
125. Tun W, Okal J, Schenk K, Esantsi S, Mutale F, Kyeremaa RK et al. Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(5 Suppl 4):20829.
126. Olakunde BO, Pharr JR. HIV-related risk behaviors and HIV testing among people with sensory disabilities in the United States. *Int J STD AIDS*. 2020;31:1398-406.
127. Hanass-Hancock J, Myezwa H, Carpenter B. Disability and living with HIV: baseline from a cohort of people on long-term ART in South Africa. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143936.
128. Carpenter BS, Hanass-Hancock J, Myezwa H. Looking at antiretroviral adherence through a disability lens: a cross-sectional analysis of the intersection of disability, adherence, and health status. *Disabil Rehabil*. 2020;42:806-13.
129. Turrini G, Chan SS, Klein PW, Cohen SM, Dempsey A, Hauck H et al. Assessing the health status and mortality of older people over 65 with HIV. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241833.
130. Ward E, Hanass-Hancock J, Amon JJ. Left behind: persons with disabilities in HIV prevalence research and national strategic plans in east and Southern Africa. *Disabil Rehabil*. 2020;44:1-10.
131. Let our actions count: South Africa's national strategic plan for HIV, TB, and STIs 2017–2022. Pretoria: South African National AIDS Council (SANAC); 2017 (https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf).
132. Hanass Hancock J, Chappel P, Johns R, Nene S. Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sex Disabil*. 2018;36:105-21.
133. Hanass-Hancock J, Alli F. Closing the gap: training for healthcare workers and people with disabilities on the interrelationship of HIV and disability. *Disabil Rehabil*. 2015;37:2012-21.

134. Factsheet on Persons with Disabilities. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations; c2022 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>).
135. Common barriers to participation experienced by people with disabilities. Atlanta (GA): United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>).

RESPUESTAS DIRIGIDAS POR LA COMUNIDAD

IV

El activismo, la movilización y el trabajo de campo de las organizaciones dirigidas por la comunidad han definido la respuesta contra el VIH y han salvado innumerables vidas.

Las organizaciones dirigidas por la comunidad impulsan las respuestas contra el VIH de muchas maneras. Exigen que los programas contra el VIH defiendan los derechos y la dignidad de las personas, aboguen por cambios legales y de políticas, y exijan un acceso asequible a medicamentos y servicios. En muchos lugares, proporcionan una variedad de servicios de VIH directamente a los miembros de la comunidad, e impulsan los programas centrados en los centros al hacer que los servicios sean más accesibles, aportando los conocimientos de la comunidad a la planificación y la ejecución, y utilizando el monitoreo de base para fortalecer la vigilancia y la rendición de cuentas (1).

LA ADAPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS POR LA COMUNIDAD RESULTÓ ESPECIALMENTE CRUCIAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Las organizaciones dirigidas por la comunidad y por las poblaciones clave funcionan a nivel mundial, regional, nacional y local, y las respuestas contra el VIH funcionan de manera óptima cuando todos pueden exigir rendición de cuentas a los órganos de toma de decisiones en esos diferentes niveles.

Los estudios muestran que las intervenciones dirigidas por la comunidad pueden mejorar los conocimientos y actitudes de las personas relacionadas con el VIH, aumentar el acceso a los servicios y mejorar los resultados de la prevención, el tratamiento y la atención. Lo hacen proporcionando servicios que son más convenientes y relevantes, creando confianza y respeto entre los proveedores y los pacientes, y reduciendo las prácticas discriminatorias (1, 2). Esos servicios pueden ser más eficaces que las plataformas estándar basadas en los establecimientos de salud para llegar a las poblaciones marginadas y subatendidas, en particular cuando están respaldados por el desarrollo de capacidades (1, 3). Las intervenciones dirigidas por la comunidad han ayudado a reducir la incidencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre las trabajadoras sexuales (como se ha visto en la India y la República Unida de Tanzania) y han empoderado a las trabajadoras sexuales (muchas indígenas o mujeres de color) en Vancouver, Canadá, para aprovechar los servicios de salud, y permitió que los adolescentes siguieran recibiendo tratamiento contra el VIH en Zimbabwe, satisfaciendo sus necesidades psicosociales (4–7).

La adaptabilidad de los servicios dirigidos por la comunidad resultó especialmente crucial durante el primer año de la pandemia de COVID-19, cuando las organizaciones dirigidas por la comunidad establecieron planes y sitios para el retiro de medicamentos y alimentos, organizaron entregas a domicilio y trasladaron el trabajo de divulgación a las plataformas virtuales (8–10).

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) se han comprometido a aumentar la proporción de servicios contra el VIH prestados por organizaciones dirigidas por la comunidad al 30% de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH, al 80% de los servicios de prevención del VIH para las poblaciones de alto riesgo y al 60% de los programas para lograr entornos socialmente favorables, todo ello para el año 2025 (11). Para alcanzar esos objetivos y aprovechar todo el potencial de las intervenciones en materia del VIH dirigidas por la comunidad, los gobiernos y otras partes interesadas deben defender el principio de la MPPS (mayor participación de las personas que viven con VIH/sida) y hacer esfuerzos concertados para garantizar la plena participación de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave, incluidas las mujeres, las niñas adolescentes y los jóvenes, en las etapas iniciales y en todas las etapas de la respuesta al VIH. Se necesita hacer mucho más para entender a la comunidad como un concepto organizacional para asegurar la plena voz y participación de aquellos que tradicionalmente han quedado atrás, incluyendo a todas las poblaciones clave y las personas que viven con VIH, así como a las niñas y los niños adolescentes, las mujeres, las personas con discapacidad, los migrantes y los refugiados afectados por el VIH (12, 13).

Las partes interesadas deberían convertir el compromiso político en acción e integrar las intervenciones dirigidas por la comunidad en las respuestas existentes del sector de la salud para la planificación, la implementación y el seguimiento a todos los niveles. Deben cambiarse las leyes y políticas obstrutivas y debe haber más apoyo disponible para las comunidades. Se necesitan nuevas políticas, orientación y modelos para ampliar las respuestas dirigidas por la comunidad, y se debe poner a disposición financiamiento y apoyo para el desarrollo de capacidades más consistentes y fácilmente accesibles para permitir que las poblaciones clave, las mujeres y los jóvenes asuman roles de liderazgo en la respuesta contra el VIH.

SERVICIOS DE VIH QUE LLEGAN Y FUNCIONAN PARA LAS PERSONAS

Las personas que viven con VIH y las poblaciones clave a menudo son reacias a buscar los servicios que necesitan debido a las actitudes discriminatorias que encuentran en los centros de salud. Debido a que los procesos de salud con frecuencia no tienen en cuenta la vulnerabilidad y la marginación, muchas de las comunidades más afectadas por el VIH están excluidas del diseño, la planificación y el seguimiento de los servicios relacionados con el VIH, lo que afecta directamente su capacidad para acceder o utilizar estos servicios de manera eficaz. En particular, la falta de conocimientos especializados en materia de género y poblaciones clave resulta en la exclusión sistemática de las intervenciones, en particular de las mujeres que viven con VIH, las mujeres que pertenecen a las poblaciones clave y las niñas adolescentes.

En comparación con los servicios de VIH que se prestan de forma descendente, se ha demostrado que los servicios que implican un fuerte compromiso comunitario proporcionan una mayor comprensión y respeto a los miembros marginados de la comunidad sin comprometer la calidad. En Nigeria, por ejemplo, las trabajadoras sexuales, las personas que se inyectan drogas, y los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres que fueron atendidos en centros dirigidos por pares en cuatro estados dijeron que los servicios eran más asequibles en estos centros, que sus preocupaciones se tomaron en serio, y que se respetaba su privacidad y confidencialidad (14).

Los estudios demuestran que la calidad de los servicios dirigidos por la comunidad para las poblaciones marginadas, en particular las poblaciones clave y los jóvenes, puede superar lo que se ofrece en las clínicas y los hospitales. Una revisión reciente de 48 estudios de intervenciones dirigidas por la comunidad sobre el VIH, la mayoría de ellos en países de ingresos bajos y medios y muchos de ellos involucrando jóvenes, encontró resultados positivos en las áreas de mejora de los conocimientos relacionados con el VIH, comportamientos de riesgo, alfabetización sobre salud, prevención y adherencia al tratamiento contra el VIH y la supresión viral (1).¹

Los estudios demuestran que la calidad de los servicios dirigidos por la comunidad para las poblaciones marginadas puede superar lo que se ofrece en las clínicas y los hospitales.

A medida que aumenta la evidencia de su impacto, los servicios dirigidos por la comunidad se integran con mayor frecuencia en los programas nacionales de VIH. En Vietnam, los grupos de autoayuda de las poblaciones clave se transformaron en organizaciones y empresas sociales dirigidas por la comunidad que ofrecen pruebas del VIH (incluidas las auto pruebas), profilaxis previa a la exposición (PrEP) y otros servicios de salud. Se desempeñaron lo suficientemente bien como para incitar a una decisión del Ministerio de Salud en el 2020 de implementar servicios de pruebas y PrEP dirigidos por la comunidad en casi la mitad de las 63 provincias del país. Los servicios dirigidos por las poblaciones clave se han integrado en el plan nacional de respuesta al VIH del país (15).² Sin embargo, los servicios dirigidos por la comunidad siguen siendo relativamente escasos en todo el mundo debido a los contextos legales y políticos restrictivos y a limitaciones financieras que pueden limitar el desarrollo de su capacidad técnica.

- 1 Más de la mitad informó de mejores comportamientos de prevención (incluido el uso de condones), ocho informaron de una mejor adherencia al tratamiento y supresión viral, y 10 informaron de mejoras en el acceso, el uso y la calidad de los servicios. También se informó de un aumento de la participación de la comunidad y cohesión social. Nueve de los estudios informaron diferencias mixtas o ninguna en los resultados entre los grupos de intervención y comparación de los estudios.
- 2 Para obtener más información, consulte: Desigual, sin preparación, bajo amenaza: por qué se necesita una acción audaz contra las desigualdades para poner fin al sida, detener el COVID-19 y prepararse para futuras pandemias. Informe sobre el Día Mundial del sida. Ginebra: ONUSIDA; 2020.

La contratación social es una forma de apoyar financieramente la expansión de la cobertura y la mejora de la calidad y relevancia de los servicios. Los programas nacionales y otros socios también deben fortalecer la capacidad técnica y operacional de las organizaciones dirigidas por la comunidad y asignar fondos para sus actividades como una parte integral de la ejecución de los planes nacionales. Al aprovechar el potencial de los servicios dirigidos por la comunidad, será importante tener una buena comprensión de las condiciones en las que estos enfoques funcionan mejor y de cómo pueden vincularse más productivamente con sistemas y respuestas de salud más amplios.

"El acceso equitativo a los servicios de VIH y [hepatitis C] para las personas que consumen drogas significa que nuestras comunidades pueden entrar, continuar y salir de los programas de la misma manera que lo hace la población en general: de nuestra propia elección, agencia y voluntad. Podemos acceder a servicios y tratamientos asequibles y de calidad, independientemente de nuestro estado de consumo de drogas. No tenemos que evitar buscar servicios de salud debido a la criminalización, el temor al estigma y al juicio, y [nosotros] se nos proporciona información y educación sobre salud precisa. Estamos empoderados para tomar decisiones informadas sobre nuestros propios cuerpos, que los proveedores de salud toman en serio".

– Judy Chang, Red Internacional de Personas que Consumen Drogas (INPUD), presentación en la pre-conferencia de la Comisión de Estupefacientes de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito (UNODC), marzo de 2022.

APORTAR NUEVA ENERGÍA A LA RESPUESTA CONTRA EL VIH

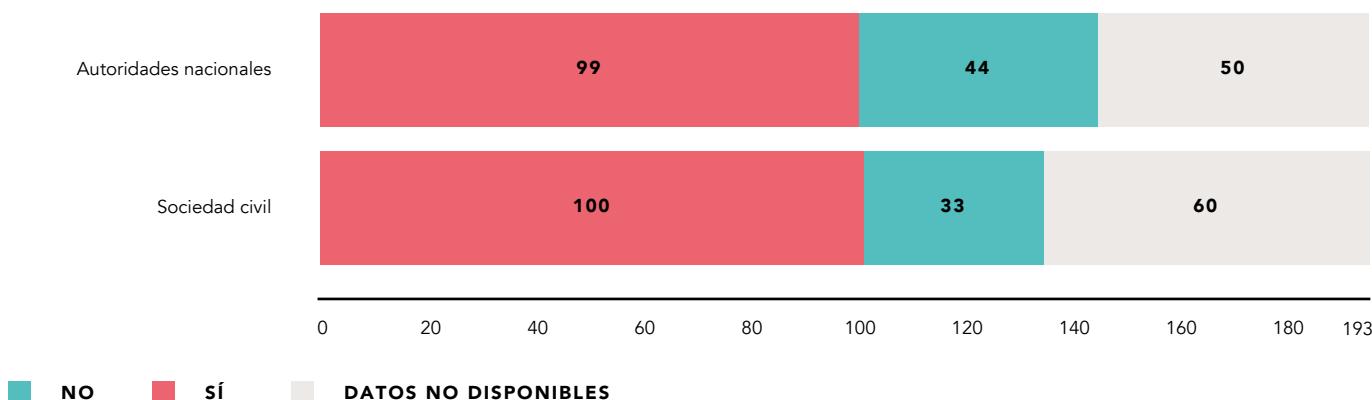
Los jóvenes (de 15 a 24 años de edad) representaron más de una cuarta parte (27%) de las nuevas infecciones por VIH en todo el mundo en el 2021 y más de tres de cada 10 (31%) nuevas infecciones en el África subsahariana. A pesar de ello, los servicios amigables para jóvenes contra el VIH, la salud sexual y reproductiva y la reducción del daño, que reflejan la diversidad de los jóvenes y responden a las necesidades específicas de las poblaciones clave jóvenes, todavía no son la norma. Con demasiada frecuencia, los jóvenes son juzgados, estigmatizados o discriminados por su identidad sexual o por ser sexualmente activos o vivir con el VIH.

Los jóvenes entienden sus propios desafíos y necesidades, y tienen papeles vitales movilizándose en torno a demandas basadas en los derechos y haciendo que los servicios relacionados con el VIH sean relevantes y accesibles. Existen numerosos ejemplos de las percepciones y el impacto que los jóvenes aportan a los programas contra el VIH. Van desde el proyecto Teenergizer en Europa del Este y Asia Central y el extenso trabajo de YouthLEAD con poblaciones clave jóvenes en Asia y el Pacífico, hasta el trabajo de YouthRise con jóvenes sobre la reducción del daño y la reforma de la política de drogas y el apoyo que Ground Up! proporciona a los jóvenes que viven con VIH en África oriental y meridional (16–19). Los servicios de pruebas del VIH dirigidos por pares son altamente aceptables para los jóvenes, como se ha visto, por ejemplo, entre estudiantes universitarios en la República Democrática del Congo, Sudáfrica y Zimbabue, en el proyecto «Yathu, Yathu» en Lusaka, Zambia, y en Nigeria (20–24). Pero esos tipos de servicios siguen siendo poco comunes, típicamente de pequeña escala y escaso financiamiento. Por ejemplo, el #DESUOT Scorecard, una herramienta de monitoreo dirigida por jóvenes todavía muestra una participación, asociación y liderazgo juvenil desiguales en las respuestas contra el VIH (25).

El #DESUOT Scorecard, una herramienta de monitoreo dirigida por jóvenes, todavía muestra una participación, asociación y liderazgo juvenil desiguales en las respuestas contra el VIH.

Un número importante de países todavía no ofrece oportunidades a los jóvenes para ayudar a desarrollar políticas nacionales de salud (Figura 4.1).

FIGURA 4.1 Porcentaje de países que informan que los jóvenes de 15 a 24 años participan en el desarrollo de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud, mundial, 2017-2022



Fuente: Instrumento de políticas y compromisos nacionales, 2017-2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Los gobiernos y los donantes deberían aprovechar los conocimientos y la creatividad que los jóvenes aportan a las respuestas al VIH, y deberían estar a la altura de los compromisos que asumieron en la Estrategia mundial contra el sida y la Declaración Política sobre el sida del 2021. Pueden hacerlo involucrando significativamente a los jóvenes en las decisiones y el establecimiento de prioridades que conforman los programas de VIH, la salud sexual y reproductiva y la reducción de daños, y apoyando a las organizaciones lideradas por jóvenes a través del financiamiento consistente y desarrollo continuo de las capacidades. Esto asegurará que los jóvenes puedan contribuir plenamente a que los programas de VIH funcionen para sí mismos y sus pares.



LOS JÓVENES LUCHAN POR ACABAR CON EL VIH DE UNA VEZ POR TODAS

Si esperamos acabar con el sida para EL 2030, los jóvenes tendrán que liderar el camino. ONUSIDA ha desempeñado un papel clave en la coordinación de #GenEndIt, una coalición de organizaciones al servicio de la juventud fundada en el 2016 para apoyar el liderazgo de los jóvenes de todo el mundo en la respuesta contra el VIH.¹

La Estrategia mundial contra el sida prioriza las alianzas como estrategia central para lograr que la respuesta contra el VIH se encamine hacia la eliminación del sida como una amenaza para la salud pública, y la iniciativa #GenEndIt ilustra la importancia crítica de la alianza para cumplir las promesas de la Estrategia para los jóvenes.

#GenEndIt es un ejemplo especialmente sólido de un mecanismo para asegurar inversiones sostenibles en programas que satisfagan las necesidades de los jóvenes. #GenEndIt, con el apoyo de la Oak Foundation y Restless Development, ha reclutado y capacitado a 15 líderes jóvenes, conocidos como “Embajadores”, de todo el mundo para que se conviertan en defensores y activistas de las respuestas al VIH que se basan en el compromiso, el liderazgo y la solidaridad de los jóvenes. También está utilizando comunicaciones centradas en la juventud y movilización comunitaria para aumentar los conocimientos y la concienciación de los jóvenes sobre el VIH. La coalición aboga por cambios en las prácticas culturales y religiosas que reduzcan el acceso de los jóvenes a la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y a la educación sexual integral. La coalición también trabaja para combatir el estigma y la discriminación, especialmente contra los jóvenes que viven con VIH y las poblaciones clave jóvenes.

Las campañas de promoción de #GenEndIt están diseñadas e implementadas por y para los jóvenes. La coalición ya ha llegado a 4457 jóvenes en Fiji con programación de radio enfocada a la juventud, generó más de 15 000 interacciones en las redes sociales relacionados con el VIH en Nigeria y llegó a 118 jóvenes a través de diálogos comunitarios en Camerún.

Al centrar a los jóvenes como responsables de la toma de decisiones y líderes y desarrollar su capacidad para dirigir los esfuerzos para acabar con el sida, #GenEndIt ofrece un camino para una respuesta sostenible al VIH. A través de inversiones enfocadas, #GenEndIt ha ampliado el alcance para los jóvenes, especialmente para las poblaciones clave jóvenes, al combinar la divulgación dirigida por pares con las redes sociales y otras plataformas de comunicación.

¹ #GenEndIt es una iniciativa de colaboración formada por Grassroot Soccer, Elizabeth Taylor AIDS Foundation, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Elton John AIDS Foundation, PACT, Charlize Theron Africa Outreach Project, Sentebale, Avert, MTV Staying Alive y ONUSIDA.



Los Embajadores seleccionados reúnen a jóvenes activistas de los movimientos feministas, de VIH, SDSR y cambio climático. Estas son algunas de sus historias.

Bipana Dhakal proporcioa a #GenEndIt cinco años de trabajo en iniciativas de desarrollo, acción social y desarrollo de liderazgo. Ella es la fundadora de The Learning Fortress, una iniciativa para crear un ambiente no formal de enseñanza-aprendizaje en las comunidades rurales de Nepal. Además de su trabajo como Embajadora Juvenil #GenEndIt, es Embajadora Juvenil WEDU Rising Star 2021 y Embajadora YouthxPolicyMakers 2021.

"LA INCLUSIÓN DEL PODER DE LOS JÓVENES EN LA PARTICIPACIÓN Y EL LIDERAZGO SIGNIFICATIVOS EN LOS PROCESOS Y LA TOMA DE DECISIONES RELACIONADOS CON EL VIH SE HA VISTO OBSTACULIZADA. SE DEBEN CREAR MÁS ESPACIOS LOCALES Y GLOBALES PARA LA COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LOS JÓVENES A FIN DE CREAR MÁS OPORTUNIDADES Y PLATAFORMAS PARA APOYAR SU DEFENSA Y SUS INICIATIVAS".



Tanyaradzwa Makotore es una mujer de 22 años de Zimbabue que utiliza las redes sociales como herramienta para acabar con el sida para el 2030. En el 2020, lanzó I Just Want to be Heard, que promueve a las adolescentes y a las mujeres jóvenes a utilizar sus voces para poner fin a las injusticias sociales que enfrentan. Tanyaradzwa es también embajadora de la iniciativa DREAMS, que está dirigida por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), y fue seleccionada en el 2021 para ser una de las 20 activistas mundiales que asistieron a la Reunión de Alto Nivel sobre el sida para abogar por una educación integral para todas las poblaciones afectadas por el VIH. SRHR Africa Trust la nombró activista nacional líder en salud sexual y reproductiva en el 2021.

"A MENUDO LES HE DICHO ESTO A LOS JÓVENES: «LA IGNORANCIA ES EL MAYOR INHIBIDOR DE CUALQUIER PROGRESO QUE QUERAMOS HACER Y, POR LO TANTO, ¡NO NOS ENORGULLEZCAMOS DE NO SABER LO QUE ESTÁ SUCEDIENDO A NUESTRO ALREDEDOR!» TODAVÍA HAY UNA GRAN BRECHA DE CONOCIMIENTO, Y ES VITAL UTILIZAR EL ENFOQUE ENTRE PARES PARA CAPACITAR A LOS JÓVENES SOBRE EL VIH. CREO QUE NECESITAMOS UN ENFOQUE ASCENDENTE, EN EL QUE EXISTA UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL PARA LOS JÓVENES EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE SU VIDA. DE ESA MANERA, PUEDEN APORTAR IDEAS Y CONTRIBUIR DE MANERA SIGNIFICATIVA A LA RESPUESTA CONTRA EL VIH".



Faith ONU se ofreció como voluntaria por primera vez a los 14 años, cuando comenzó a trabajar como asesora de pruebas en Nigeria con la Red de Jóvenes sobre VIH y sida. Comenzó a trabajar como voluntaria a los 16 años en el Instituto de Virología Humana para apoyar y orientar a adolescentes y jóvenes que viven con el VIH. Faith es bien conocida en Nigeria como una defensora eficaz de los jóvenes. Fundó la Red de Jóvenes para un Estilo de Vida Sostenible y Salud (YOPEN4SLAH), que aboga por la atención a la salud de los jóvenes en toda su diversidad. El objetivo de Faith es asegurar que en todas las sociedades, todos los jóvenes estén sanos y económicamente empoderados.

"EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN HAN SIDO UNA DE LAS MAYORES BARRERAS PARA COMBATIR EL VIH, Y UNA MANERA DE SUPERARLO ES PRESIONANDO POR UNA LEY ANTI ESTIGMA QUE PROTEJA LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES, ESPECIALMENTE LOS QUE VIVEN CON VIH EN TODOS LOS PAÍSES. ES NECESARIO QUE LOS QUE ESTÁN EN EL PODER PUEDAN CEDER EL PODER A LOS JÓVENES. ES NECESARIO QUE LOS SOCIOS CONFÍEN EN LOS JÓVENES EN TODO LO QUE HACEN SI QUEREMOS ACABAR CON EL SIDA. AQUELLOS EN EL PODER O EN POSICIONES DE LIDERAZGO DEBERÍAN DEJAR DE ESTAR CENTRADOS EN SÍ MISMOS Y RESPONSABILIZARSE DE INCENTIVAR A OTROS JÓVENES EN EL ESPACIO GLOBAL, NO SÓLO A NIVEL NACIONAL. ESTO AYUDARÁ A CERRAR LA BRECHA".



Emmanuel Onwe es un científico biomédico nigeriano y especialista en SDSR. Como firme creyente en la diversidad, la igualdad y la inclusión, Emmanuel se dedica al avance de los derechos humanos y la dignidad de los nigerianos lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) a través de la promoción estratégica, el cabildeo y la participación activa de los responsables políticos. En su trabajo como embajador juvenil #GenEndIt, Emmanuel está: a) liderando la promoción de la despenalización del VIH y de las personas que viven con VIH; b) abordando temas relacionados con el estigma y la discriminación y el apoyo jurídico; y c) promoviendo la promoción del tratamiento del VIH como prevención, prueba y tratamiento, PrEP y acceso igualitario al tratamiento contra el VIH.

"EN NIGERIA Y OTROS PAÍSES AFRICANOS, LAS LEYES PUNITIVAS SIGUEN SIENDO UNA DE LAS PRINCIPALES LIMITACIONES QUE IMPIDEN LA PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DE LOS JÓVENES EN EL PROCESO RELACIONADO CON EL VIH. LOS RESPONSABLES DE LAS POLÍTICAS DEBEN GARANTIZAR QUE LAS LEYES DE SU ESTADO RESPETEN LOS PRINCIPIOS DE DIVERSIDAD, IGUALDAD E INCLUSIÓN. LA LEY DE CADA NACIÓN DEBE RECONOCER LA IGUALDAD DE TODAS LAS PERSONAS; LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DE TODOS DEBEN SER PROTEGIDOS INDEPENDIENTEMENTE DE SU ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD/EXPRESIÓN DE GÉNERO Y CARACTERÍSTICAS SEXUALES".



SUMINISTRAR LA PRUEBA DEL VIH A QUIENES LA NECESITAN

El diagnóstico tardío de las infecciones por VIH es un obstáculo importante en la respuesta mundial contra el VIH. Las tasas de VIH sin diagnosticar son especialmente altas entre las poblaciones clave, los adolescentes y los hombres. El diagnóstico tardío de la infección compromete la salud, y en ocasiones cuesta la vida, de las personas que sólo buscan tratamiento después de enfermarse gravemente. También le da tiempo suficiente al VIH para propagarse a otras personas.

Hay muchas razones para la aceptación desigual de la prueba del VIH.

Hay muchas razones para la aceptación desigual de la prueba del VIH. La presencia de leyes punitivas, el temor a ser estigmatizado y las preocupaciones sobre la privacidad y confidencialidad desalientan a las personas, especialmente a los miembros de las poblaciones clave, a realizarse las pruebas. Las pruebas del VIH también se ofrecen principalmente en centros de atención de la salud, que pueden ser costosas, incómodas e intimidantes (25–29). Las mejores prácticas muestran que los enfoques de pruebas del VIH que involucran fuertemente a las organizaciones comunitarias, especialmente si también están dirigidas por la comunidad, pueden evitar muchos de esos obstáculos.

- Un metaanálisis de siete ensayos controlados de servicios de pruebas dirigidas por pares entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres encontró que las tasas de pruebas eran significativamente más altas en los grupos de intervención donde los participantes tenían acceso a servicios dirigidos por pares (30).
- Los servicios dirigidos por pares que se analizaron como parte de un ensayo en Zimbabue realizaron más del doble de pruebas del VIH (2606 frente a 1151) entre las trabajadoras sexuales y casi duplicaron el número de diagnósticos de VIH (1052 frente a 546) (31).
- En las zonas rurales de Malawi, las campañas de auto pruebas de siete días entre los adolescentes y hombres, diseñadas y llevadas a cabo por grupos de salud comunitarios, mostraron un marcado aumento en la aceptación de las pruebas del VIH. El porcentaje de personas diagnosticadas que iniciaron el tratamiento antirretroviral en los tres meses posteriores al diagnóstico fue el doble en el grupo comunitario de este ensayo aleatorizado (32).
- Las pruebas de extensión y otras actividades realizadas por la Clínica Tecnológica, un centro de servicios de VIH dirigido por la comunidad en Bangkok, han tenido éxito en el diagnóstico de mujeres transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres que no saben que viven con VIH. La conveniencia, las horas de servicio flexibles, el apoyo en el seguimiento entre pares y la confianza del personal fueron factores determinantes (33).
- En tres estados nigerianos (Akwa Ibom, Cross River y Lagos), las pruebas de parejas comprometidas con la comunidad fueron muy eficaces para diagnosticar la infección por VIH entre las parejas sexuales de personas que se inyectan drogas y entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (34).

Sin embargo, estos ejemplos aún no son la norma: las organizaciones dirigidas por la comunidad enfrentan obstáculos formidables, incluyendo condiciones legales y operativas hostiles. Las ventajas adicionales que pueden aportar a las pruebas del VIH exigen eliminar esas barreras y establecer alianzas estratégicas con el público y otros proveedores de atención de la salud, sobre todo para garantizar que las personas diagnosticadas con VIH estén vinculadas eficazmente al tratamiento y la atención. La representación adecuada y diversa dentro de la comunidad, además de una gobernanza y coordinación de la salud inclusivas, es vital para hacer que este trabajo funcione, al igual que el desarrollo de habilidades técnicas y administrativas para los proveedores de servicios dirigidos por la comunidad.



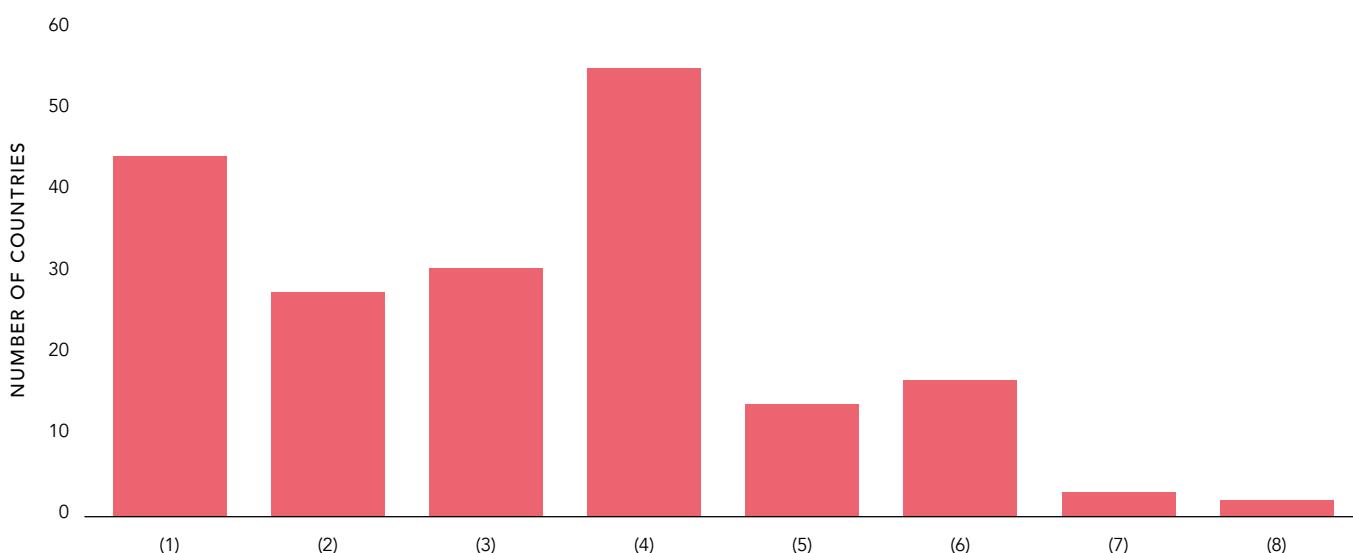
Trabajador comunitario de atención de la salud en la Clínica J.C Ménard de Puerto Príncipe el 30 de noviembre de 2021. La Fundación SEROVie es una organización comunitaria haitiana que lleva más de 20 años prestando servicios de salud a los haitianos ofreciendo servicios especializados gratuitos de salud sexual y reproductiva, apoyo psicosocial y servicios de apoyo a la familia.

PONER LA CONTRATACIÓN SOCIAL AL TRABAJO

El financiamiento confiable es un desafío importante para las organizaciones lideradas por la comunidad, especialmente aquellas que sirven a las poblaciones clave: el compromiso y la buena voluntad no pagan sus cuentas. La contratación social es una forma de financiar a estas organizaciones y permitirles aprovechar sus ventajas únicas para trabajar con poblaciones que no están bien atendidas o no reciben los servicios estándar de VIH. La contratación social implica que los gobiernos contraten y paguen a organizaciones no gubernamentales para desempeñar ciertas funciones, como la prestación de servicios, la investigación y el seguimiento.

Los beneficios potenciales son abundantes. La contratación social puede ampliar el alcance y la relevancia de los programas, fomentar asociaciones pragmáticas entre las organizaciones dirigidas por la comunidad y los sistemas de salud pública, y aportar el financiamiento necesario a las organizaciones y, por extensión, a las personas que prestan los servicios a quienes más los necesitan. Los gobiernos están estableciendo cada vez más mecanismos para facilitar alguna forma de contratación social, al igual que los donantes internacionales (Figura 4.2). De los 80 países que informaron de estos datos en el 2022, 45 permitieron la financiación nacional de la prestación de servicios por parte de organizaciones dirigidas por la comunidad, 28 lo hicieron para el seguimiento y la investigación, y 31 lo hicieron para la promoción dirigida por las comunidades.

FIGURA 4.2 Países que informan tener leyes, políticas o regulaciones que permiten el acceso a financiamiento para organizaciones lideradas por la comunidad, mundial, 2022



- (1) Contratación social u otros mecanismos que permitan financiar la prestación de servicios por parte de las comunidades con fondos nacionales
- (2) Contratación social u otros mecanismos que permitan financiar el seguimiento y la investigación dirigidos por las comunidades con fondos nacionales
- (3) Contratación social u otros mecanismos que permitan la financiación de actividades de promoción dirigidas por las comunidades con fondos nacionales
- (4) De los donantes internacionales
- (5) Exigir un determinado porcentaje de financiación pública para las organizaciones comunitarias
- (6) No hay leyes que permitan el acceso a la financiación, pero las organizaciones comunitarias pueden acceder a ella en virtud de leyes, políticas o reglamentos generales
- (7) No existen leyes, políticas o reglamentos que permitan el acceso a la financiación de las organizaciones comunitarias
- (8) Otros

Fuente: Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2017–2021 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Nota: Los datos incluidos en esta cifra corresponden a 68 países. No se dispone de datos de 125 países.

La contratación social puede ser muy eficaz. Una evaluación realizada en Vietnam reveló que los servicios de prevención del VIH prestados en cuatro provincias por organizaciones comunitarias contratadas tenían un impacto significativamente mayor que los servicios basados en instalaciones, a la vez que costaban menos (35). Se estimó que habían evitado casi el doble del número de infecciones por VIH (238 frente a 124) y evitaron casi el doble de años de vida ajustados por discapacidad (1088 frente a 577). De manera similar, el programa nacional de Guyana contra el sida ha contratado a organizaciones dirigidas por trabajadoras sexuales para que proporcionen servicios de prevención y pruebas del VIH a sus pares. En un proyecto piloto, más de 1000 trabajadoras sexuales de la región de Demerara-Mahaica recibieron condones y lubricantes, información sobre el VIH y exámenes de detección de salud mental y violencia durante seis meses, y la tasa de aceptación de las pruebas del VIH fue cercana al 100% (36).

Pero es necesario trabajar para que estos acuerdos funcionen. Como con cualquier proveedor de servicios contra el VIH, el financiamiento para la contratación social tiene que ser confiable, y deben existir mecanismos sólidos de rendición de cuentas, como lo han destacado las investigaciones de Europa oriental y Tailandia (37, 38). Son esenciales marcos regulatorios apropiados y procedimientos de contratación transparentes, así como mecanismos y procedimientos claros para que el financiamiento público llegue a las organizaciones dirigidas por la comunidad que prestan servicios, realizan monitoreo y realizan actividades de promoción. La contratación social funciona mejor cuando el financiador trabaja en asociación con los miembros de la comunidad que están más afectados por las intervenciones, asegurando que la comunidad afectada esté liderando el establecimiento de metas y objetivos y que cuente con la capacidad de apoyo adecuada para cumplir. A través de su Mecanismo de Apoyo Técnico, ONUSIDA está ayudando a los países a celebrar acuerdos de contratación social, evaluar los costos asociados y resolver problemas jurídicos (como el registro y el cumplimiento de las normas). Este trabajo está en curso en 85 países, como el cálculo de costos e integración de la prestación dirigida por la comunidad en el paquete de cobertura universal de salud de Tailandia.

El financiamiento para la contratación social tiene que ser confiable y deben existir mecanismos sólidos de rendición de cuentas.

VIGILAR Y RESPONSABILIZAR A LOS TITULARES DE DEBERES

Es crucial identificar y corregir rápidamente los obstáculos al VIH y otros servicios de apoyo y atención de la salud. Sin embargo, a menudo faltan canales fiables para informar de problemas, expresar quejas, documentar y actuar en relación con las violaciones de los derechos humanos y desarrollar soluciones. El monitoreo realizado o dirigido por organizaciones de personas que viven con VIH, redes de poblaciones clave u otros grupos afectados pueden llenar esa brecha y hacer que las partes responsables rindan cuentas (39).

El monitoreo dirigido por la comunidad implica varias fases de trabajo, comenzando con la recolección de información en las instalaciones o en las comunidades, analizando los datos, abogando por cambios prácticos o de políticas, y luego monitoreando la implementación de los cambios. Los modelos más exitosos son colaborativos, y se relacionan estrechamente con proveedores de servicios y tomadores de decisiones para recomendar mejoras y monitorear los resultados (40). Cuando se integran con actividades eficaces de promoción, se ha demostrado que estos proyectos aumentan el acceso y el uso de los servicios, reducen los tiempos de espera, promueven mejoras en las instalaciones y mejoran las relaciones entre las comunidades y los proveedores de atención de la salud (41). Eso, a su vez, establece una base para servicios más eficaces contra el VIH y otras necesidades de atención de la salud.

20%

DE AUMENTO DEL USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRENATAL EN KENIA, PERÚ Y ZIMBABUE CON LA INTRODUCCIÓN DE COMITÉS DE CENTROS DE SALUD EN LAS CLÍNICAS

Un monitoreo exitoso dirigido por la comunidad puede hacer valiosas contribuciones para lograr un acceso equitativo los servicios de salud y de VIH. En África occidental y central, por ejemplo, los observatorios de tratamiento dirigidos por la comunidad han ayudado a aumentar las tasas de pruebas del VIH entre las poblaciones clave, a reducir la falta de existencias de medicamentos, a mejorar la retención en la atención y a ampliar la capacidad de pruebas de carga viral (42–45). En Ghana, Malí y Sierra Leona, abogaron con éxito por cambiar las políticas hacia un enfoque en servicios diferenciados para las poblaciones clave, y utilizaron datos de monitoreo para asegurar que las políticas se implementaran. También jugaron un papel decisivo en el abandono de las tarifas de los usuarios para los servicios y atención del VIH en los establecimientos de salud pública de Camerún (ver la historia de Camerún en el Capítulo 5). De manera similar, el proyecto de monitoreo de Ritshidze en Sudáfrica ha estado utilizando sus hallazgos para abogar exitosamente por cambios en numerosas clínicas de bajo rendimiento (43, 46).³

Cuando se utilizaron las tarjetas de puntaje comunitarias en Malawi, aumentó la participación de hombres y jóvenes en los servicios de salud sexual y reproductiva, y mejoró la calidad de los servicios para las mujeres embarazadas y las madres recientes (47).⁴ En Kenia, Perú y Zimbabue, la introducción de comités de centros de salud en las clínicas dio lugar a un aumento del 20% en el uso de los servicios de atención prenatal, y los residentes de bajos ingresos fueron los que más se beneficiaron después de que se redujeran las tarifas de los usuarios (48).⁵

-
- 3 Para obtener más información, consulte: Desigual, sin preparación, bajo amenaza: por qué se necesita una acción audaz contra las desigualdades para poner fin al sida, detener el COVID-19 y prepararse para futuras pandemias. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
- 4 Las tarjetas de puntuación de la comunidad se utilizan dar seguimiento del rendimiento de los sistemas de salud mediante el uso de indicadores desarrollados conjuntamente y acordados por los miembros de la comunidad y los proveedores de atención de salud. Los resultados pueden utilizarse como base para los planes de acción.
- 5 Los comités de instituciones de salud documentan las quejas de los pacientes y luego trabajan con los proveedores de atención médica para resolverlas.



Anastasiia Yeva Domani es Directora de Cohort, experta en el Grupo de Trabajo de las Personas Trans sobre el VIH y la Salud en Europa Oriental y Asia Central y representante de la comunidad transgénero en el Consejo Nacional Ucraniano sobre el VIH/sida y la Tuberculosis. Kiev, Ucrania, 30 de marzo de 2022.

LA PODEROSA VOZ DEL MONITOREO COMUNITARIO EN UGANDA

La experiencia reciente en Uganda subraya el poderoso impacto del monitoreo dirigido por la comunidad. Durante los dos últimos años, la Coalición para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Social (HEPS-Uganda), la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH en África Oriental (ICWEA), y Minorías Sexuales de Uganda (SMUG) han llevado a cabo actividades de monitoreo dirigidas por la comunidad para traer una perspectiva comunitaria independiente, con el apoyo técnico de amfAR y Health GAP para fortalecer la recolección de datos y mejorar la gestión, el análisis y la capacidad de promoción.

Las partes interesadas en la respuesta nacional dan fe del impacto concreto que ha tenido el monitoreo dirigido por la comunidad. “[La colaboración entre las organizaciones es] realmente asombrosa; [es] genial cuando se trata de la defensa y promoción”, dijo un observador que participó en una evaluación del programa de monitoreo de la Universidad de Georgetown. “Cuando hablan, realmente hablan y son reconocidos”.

El monitoreo de organizaciones dirigidas por la comunidad, que tiene por objeto garantizar la rendición de cuentas de PEPFAR y del Ministerio de Salud, supervisa los servicios en más de 300 establecimientos de salud en todo el país, generando datos trimestrales sobre las debilidades y fortalezas del programa. Los resultados del monitoreo dirigido por la comunidad se sintetizan en un informe anual, *The People's Voice Uganda* (La voz del pueblo de Uganda), que se difunde ampliamente y se comparte con PEPFAR (49).

El monitoreo dirigido por la comunidad ha documentado una serie de deficiencias en la respuesta nacional al VIH y en los programas de prevención de Uganda. Por ejemplo, encontró que la falta de éxito del país para alcanzar la meta nacional de aumento de la PrEP se debió en gran medida a la incapacidad de aprovechar la capacidad comunitaria para promover la PrEP. El uso de envases que no eran amigables para las poblaciones clave y las adolescentes y las mujeres jóvenes también ralentizaron la captación de la PrEP. De manera similar, el monitoreo detectó que, si bien se habían logrado progresos en la ampliación de los programas de prevención del VIH para las poblaciones clave, el apoyo inadecuado a la prestación de servicios dirigidos por las poblaciones clave ha dado lugar a brechas persistentes en los servicios. La coalición comunitaria también descubrió que muchas clínicas de atención médica siguen congestionadas, incluso después de la implementación de la dispensación de terapia antirretroviral para varios meses.



Otras brechas identificadas por el monitoreo dirigido por la comunidad incluyen bajos niveles de alfabetización en el tratamiento, lo que resalta la necesidad de programas de alfabetización sobre el tratamiento diseñados por personas que viven con VIH. El manejo de la coinfección VIH-tuberculosis también sigue siendo inadecuado: sólo el 61% de las personas que viven con VIH declaran haber sido examinadas para detectar síntomas de tuberculosis, y la mayoría de las clínicas que atienden a personas que viven con VIH carecen de materiales informativos sobre la prevención de la tuberculosis. Los trabajadores de salud comunitarios reciben salarios insuficientes y con frecuencia sufren interrupciones de remuneración que duran meses, mientras que los desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales son comunes: una clínica careció de tratamientos para las ITS durante al menos seis meses. Por último, muchas personas en Uganda a las que se les acaba de diagnosticar el VIH no saben que su participación en las pruebas de índice es totalmente voluntaria.

Estos y otros hallazgos se utilizaron para desarrollar una serie de recomendaciones a PEPFAR para mejorar el alcance y los resultados del programa. PEPFAR ha ampliado sustancialmente su alcance a la sociedad civil, incluyendo la coalición de monitoreo dirigida por la comunidad y la sociedad civil en general, durante el desarrollo anual del Plan Operativo de País de PEPFAR y otros procesos de PEPFAR. Esto incluye reuniones quincenales de actualización y una cumbre científica anual.

Los resultados y recomendaciones del monitoreo dirigido por la comunidad están teniendo un impacto demostrable en la respuesta nacional al VIH. Como señaló una de las partes interesadas, “se han producido cambios drásticos en nuestras políticas y la adopción de buenas prácticas tras sus evaluaciones”. Según otra persona que participó en la evaluación del proyecto, el proceso ha cambiado “la manera en que el monitoreo dirigido por la comunidad es visto como una herramienta . . . o un modelo para aumentar el diálogo entre PEPFAR y las comunidades sobre la prestación de servicios”.

Lanzamiento de The People's Voice Uganda, un informe anual que sintetiza los hallazgos del monitoreo dirigido por la comunidad en Uganda, 2021. Crédito: Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH en África Oriental (ICWEA).





Un grupo de discusión dirigido por la comunidad con madres en Kyenjojo, Uganda, 2021. Crédito: Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con VIH en África Oriental (ICWEA).

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL VIH

Las organizaciones dirigidas por la comunidad pueden desempeñar papeles vitales en la investigación centrada en la persona y relacionada con el VIH. En Queensland, Australia, la investigación sobre el estigma dirigida por organizaciones de trabajadoras sexuales se está utilizando para hacer campaña a favor de la eliminación de leyes perjudiciales y discriminatorias sobre el trabajo sexual y lograr la despenalización del trabajo sexual (50). La investigación dirigida por usuarios de drogas que documenta los roles, mecanismos, impactos y resultados de la participación de pares en los servicios de reducción de daños sirvió para impulsar la defensa del valor de involucrar significativamente a las personas que usan drogas en la prevención del VIH y las respuestas al tratamiento (51). El Índice de Estigma de Personas que Viven con VIH es una iniciativa de larga data dirigida por la comunidad que recopila y analiza datos sobre el estigma y la discriminación que experimentan las personas que viven con VIH en sus comunidades, lugares de trabajo y cuando acceden a servicios de salud y otros servicios públicos. Luego, los resultados se utilizan para la promoción de la erradicación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH (ver el capítulo sobre Derechos).

Por lo general, las organizaciones dirigidas por la comunidad no tienen los recursos para llevar a cabo investigaciones a gran escala (52). Una revisión reciente de la literatura publicada también encontró tasas esporádicas y muy bajas de notificación de participación comunitaria en estudios de intervención del VIH de alto impacto, y ninguno de los estudios revisados informó sobre la participación comunitaria en todas las etapas del proceso de investigación. Se necesita un cambio en la forma en que los proyectos de investigación son diseñados, implementados y reportados. Una recomendación es introducir requisitos de presentación de informes estandarizados y mecanismos de rendición de cuentas en el sector de la investigación para captar con mayor precisión la participación de la comunidad (53).

Se necesita un cambio en la forma en que los proyectos de investigación son diseñados, implementados y reportados.

IMPULSAR LA EQUIDAD Y LA IGUALDAD

La promoción y el activismo dirigidos por la comunidad han dado forma a la respuesta al VIH desde los primeros días de la pandemia. Las comunidades organizadas han desafiado y a menudo han superado el profundo estigma, la indiferencia política y la inercia institucional. Han movilizado un apoyo financiero sin precedentes para los programas contra el VIH, han reducido los precios de los medicamentos contra el VIH y otros productos, han colocado los derechos humanos en el centro de la respuesta mundial al VIH y han exigido responsabilidades a los encargados de la toma de decisiones (54–58).

La promoción dirigida por la comunidad es tan importante como siempre para impulsar cambios progresivos en las políticas y las leyes a nivel de país, defender los derechos humanos de las comunidades marginadas y desatendidas, mejorar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios, y eliminar el estigma y la discriminación. Esto es especialmente importante para las poblaciones altamente criminalizadas, como las personas que consumen drogas y las trabajadoras sexuales. Las comunidades empoderadas también ayudan a que el acceso a los servicios relacionados con el VIH sea más equitativo al responsabilizar a los proveedores de atención médica y a los burócratas por sus actos y omisiones.

La promoción comunitaria puede ser particularmente eficaz para extender el poder de la responsabilidad y el apoyo comunitarios a las personas con discapacidad que son excluidas sistemáticamente de los servicios de VIH. Esto puede incluir reconocer el estigma agravado, abordar las barreras de actitud, promover respuestas participativas, crear voluntad política y generar evidencia de alta calidad para impulsar la respuesta continua. Por ejemplo, las personas con discapacidad en un estudio cualitativo de varios países realizado en Kenia, Uganda y la República Unida de Tanzania expresaron su deseo de aumentar las actividades de sensibilización en la comunidad para abordar problemas relacionados con el VIH y la discapacidad. Estas actividades empleaban mensajes relevantes para las personas con y sin discapacidad, incluyendo la importancia de compartir la responsabilidad, promover el liderazgo entre pares y aumentar la participación activa y visible de las personas con discapacidad en las actividades de intervención (59).

En Costa de Marfil, se eliminaron las tarifas de los usuarios por los servicios de salud tras la promoción basada en la evidencia que se desarrolló a partir del monitoreo dirigido por la comunidad y realizado por el Observatorio del Tratamiento Comunitario.

La promoción dirigida por la comunidad puede adoptar muchas formas, desde la movilización comunitaria y las campañas públicas hasta el análisis de políticas nacionales, los litigios y los procedimientos de rendición de cuentas. La promoción liderada por las trabajadoras sexuales en Victoria, Australia, movilizó el apoyo de los políticos para un proceso de reforma legal que condujo a la despenalización del trabajo sexual. En Columbia Británica, Canadá, las comunidades de personas que consumen drogas estaban en la primera línea de abogar por una exención de toda la provincia de las leyes federales de criminalización de drogas, así como por el acceso a un suministro seguro de drogas para mitigar el daño de una crisis de sobredosis (60). Esfuerzos similares condujeron recientemente al éxito en la despenalización del trabajo sexual en Bélgica (ver la historia de Bélgica en el Capítulo 3). En Costa de Marfil, se eliminaron las tarifas de los usuarios para los servicios de salud después de la promoción basada en evidencia que se desarrolló a partir de la supervisión dirigida por la comunidad realizada por el Observatorio del Tratamiento Comunitario (61).

A nivel de base, los defensores de la salud de organizaciones dirigidas por la comunidad educan a las comunidades sobre sus derechos, documentan quejas y trabajan con las autoridades de salud para lograr mejoras (62). En Mozambique, estos defensores locales promovieron una prestación de servicios más rápida para los pacientes con VIH y tuberculosis, mejoras en las instalaciones, un mayor uso de clínicas móviles y más (63). En Kenia, una organización dirigida por trabajadores sexuales masculino ha estado sensibilizando a los oficiales de policía en un intento por reducir el acoso y la discriminación (64).

A pesar de todos estos éxitos, el valor de la promoción dirigida por la comunidad es subestimado entre muchos formuladores de políticas y planificadores. Esto se refleja en la falta de apoyo financiero y político de los gobiernos en muchos países (Figura 4.2). Para desempeñar plenamente sus funciones, las organizaciones y redes dirigidas por la comunidad necesitan recursos, incluidos la financiación, la capacitación y el desarrollo de capacidades. En África occidental y central, el Instituto de la Sociedad Civil para el VIH y la Salud es un modelo prometedor que fortalece la voz y la visibilidad de las organizaciones de la sociedad civil y les proporciona asistencia, incluido el desarrollo de capacidades y el apoyo a la movilización de recursos. El Instituto sienta las bases para una mayor coordinación entre la comunidad y la sociedad civil en toda la región.

REFERENCIAS

1. Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260555.
2. Ibiloye O, Masquillier C, Jwanle P, Van Belle S, van Olmen J, Lynen L et al. Community-based ART service delivery for key populations in sub-Saharan Africa: scoping review of outcomes along the continuum of HIV care. *AIDS Behav.* 2022;26(7):2314-37.
3. Kiragu M, Fonner VA, Munyuwinyi S, Izulla P, Pantelic M, Restoy E et al. Does capacity development increase demand for health services and rights among key populations affected by HIV? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav.* 2020;24(8):2268-81.
4. Kerrigan D, Mbwambo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;82(2):141-8.
5. Beattie T, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekhar S, Isac S, Wheeler T et al. Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. *Am J Public Health.* 2014;104(8):1516-25.
6. Pearson J, Shannon K, McBride B, Krüsi A, Machat S, Braschel M et al. Sex work community participation in criminalized environments: a community-based cohort study of occupational health impacts in Vancouver, Canada: 2010–2019. *Int J Equity Health.* 2021;21(1):18.
7. Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Bernays S, Tshuma M, Mangenah C et al. Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health.* 2020;8(2):e264-e275.
8. Community-led package services in response to COVID-19 in high-density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
9. Consultation calls for the global AIDS response to build on emergency adaptations to COVID-19, tackle structural barriers and ensure that country programmes fully recover from COVID-19 disruptions and end AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 3 February 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022-february/20220203_HIV-services-during-COVID19-pandemic).
10. Living with HIV in the time of COVID-19: report from a survey of networks of people living with HIV. GNP+, ICW, Y+ Global; 2020 (https://gnppplus.net/wp-content/uploads/2020/07/BeyondLIVING_COVID-19_English.pdf).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. New York: United Nations; 2021.
12. Breaking the glass ceiling: increasing the meaningful involvement of women living with HIV/AIDS (MIWA) in the design and delivery of HIV/AIDS services. *Health Care for Women Internation.* 2015; 36(8):936-64.
13. Makofane K, Lusimbo R, Macharia P, Makajuola O, Malone S, Mokabedi A et al. Understanding community as a basis for targeting and shaping service delivery. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(Suppl 3):e25712.
14. Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, Emmanuel G, Adepoju O, Ajidagba B et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):856.
15. Vu B, Le S, Nguyen P, Vu H, Nguyen D, Green K et al. Leading from the community: how key population organizations in Vietnam transformed from peer support groups to clinical service providers. International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAE802.
16. "HIV mobilizes people in a great way": We created the youth organization Teenergizer. In: Teenergizer! [Internet]. 19 June 2020. Kyiv: Teenergizer; c2022 (<https://teenergizer.org/en/life-with-hiv/>).
17. YouthLead: what we do. In: Youth Lead [Internet]. Bangkok: Youth Lead; c2022 (<https://www.youthleadap.org/what-we-do>).

18. Mission Statement. In: Youth RISE [Internet]. Youth RISE: Promoting Harm Reduction & Drug Policy Reform; c2022 (<https://youthrise.org/>).
19. Y+, UNICEF Eastern and Southern Africa Office. Youth-led networks at the frontline of the HIV and SRH response. In: UNICEF.org [Internet]. 23 February 2022. UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/esa/stories/youth-led-networks-frontline-hiv-and-srh-response>).
20. Tonen-Wolyec S, Mbopi-Kéou F-X, Batina-Agasa S, Kalla GCM, Noubom M, Mboumba Bouassa R-S et al. Acceptability of HIV self-testing in African students: a cross-sectional survey in the Democratic Republic of the Congo. *Pan Afr Med J.* 2019;33:83.
21. Mokgatle MM, Madiba S. High acceptability of HIV self-testing among technical vocational education and training college students in Gauteng and North West provinces: what are the implications for the scale-up in South Africa? *PLoS ONE.* 2017;12:e0169765.
22. Koris AL, Stewart KA, Ritchwood TD, Mususa D, Ncube G, Ferrand RA et al. Youth-friendly HIV self-testing: acceptability of campus-based oral HIV self-testing among young adult students in Zimbabwe. *PLoS One.* 2021;16(6):e0253745.
23. Hensen B, Phiri M, Schaap A, Sigande L, Simwinga M, Floyd S et al. Uptake of HIV testing services through novel community-based sexual and reproductive health services: an analysis of the pilot implementation phase of the Yathu Yathu intervention for adolescents and young people aged 15–24 in Lusaka, Zambia. *AIDS Behav.* 2022;26(1):172-82.
24. Iwelunmor J, Ezechi O, Obiezu-Umeh C, Gbaja-Biamila T, Musa AZ, Nwaozuru U et al. Enhancing HIV self-testing among Nigerian youth: feasibility and preliminary efficacy of the 4 Youth by Youth study using crowdsourced youth-led strategies. *AIDS Patient Care STDS.* 2022;36(2):64-72.
25. #UPROOT Scorecards. In: The Pact [Internet] (<https://theyouthpact.org/uproot-2/>).
26. Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Afr J AIDS Res.* 2020;19(1):13-23.
27. Hamilton A, Shin S, Taggart T, Whembolua GL, Martin I, Budhwani H et al. HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. *Sex Transm Infect.* 2020;96(3):189-96.
28. Nnko S, Kuringe E, Nyato D, Drake M, Casalini C, Shao A et al. Determinants of access to HIV testing and counselling services among female sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health.* 2019;19(1):15.
29. Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to increase HIV testing among MSM: a synthesis of the literature. *AIDS Behav.* 2018;22(8):2387-412.
30. Shangani S, Escudero D, Kirwa K, Harrison A, Marshall B, Operario D. Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care.* 2017;29(8):1003-13.
31. Busza J, Chiyaka T, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Chabata S et al. Enhancing national prevention and treatment services for sex workers in Zimbabwe: a process evaluation of the SAPPH-IRe trial. *Health Policy Plan.* 2019;34(5):337-45.
32. Indravudh PP, Fielding K, Sande LA, Maheswaran H, Mphande S, Kumwenda MK et al. Pragmatic economic evaluation of community-led delivery of HIV self-testing in Malawi. *BMJ Glob Health.* 2021;6(Suppl 4):e004593.
33. Jommaroeng R, Chankang W. Community-led comprehensive HIV facility for men who have sex with men and transgender women: a case study of Rainbow Sky Association of Thailand. *Thai J Public Health.* 2021;51(2):159-69.
34. Onovo A, Kalaiwo A, Agweye A, Emmanuel G, Keiser O. Diagnosis and case finding according to key partner risk populations of people living with HIV in Nigeria: a retrospective analysis of community-led index partner testing services. *EClinicalMedicine.* 2022;43:101265.

35. Nguyen Thi Mai H, Hoang Van M, Nguyen Thuy D, Pham Thai H, Nguyen Mai T. Social contracting with civil society organizations: an effective approach for sustainable HIV/AIDS response. International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PEE1370.
36. Shipley S, Tamayo-Jimenez N, Moore R, Gordon-Boyle K. Social contracting: a way forward in HIV prevention among female sex workers in Guyana. International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED0906.
37. Domnenko I. Piloting social contracting mechanisms for government procurement of HIV services in the EECA region. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED497.
38. Pudpong N, Viriyathorn S, Wanwong Y, Witthayapipopsakul W, Wangbanjongkun W, Patcharanbarunpol W et al. Public contracting with civil society organizations for HIV/AIDS service provisions: a key strategy to ending AIDS in Thailand. *J HIV/AIDS & Soc Services*. 2021;20(4):285-301.
39. Health Gap, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Treatment Action Campaign, International Treatment Preparedness Coalition, International Community of Women Living with HIV Eastern Africa. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. White paper. Health Gap; 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
40. Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
41. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(5):415-21.
42. Oberth G, Baptiste S, Jallow W, Manouan A, Garcia P, Traore A et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in eleven West African countries: findings from a regional community treatment observatory. Working paper 441. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2019 (<http://www.cssr.uct.ac.za/cssr/pub/wp/441>).
43. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
44. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).
45. Ellie M, Kibe P, Flomo B, Ngwatu B. Breaking barriers: using evidence from a Community Treatment Observatory (CTO) to enhance uptake of HIV services in Sierra Leone. *J Health Design*. 2019;4(1):163-7.
46. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanagh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED453.
47. Gullo S, Galavotti C, Kuhlmann AS, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. *Plos One*. 2017;12(2):e0171316.
48. McCoy D, Hall J, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2011;27(6):449-66.
49. The people's voice Uganda: community priority recommendations for PEPFAR. 2022 (<http://pepfarwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/Peoples-Voice-Uganda-COP22.pdf>).
50. Respect Inc, DecrimQLD. Respect Inc and DecrimQLD submission on Queensland Anti-Discrimination Act Review. Victoria: Respect Inc, DecrimQLD; 2022.

51. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. *Harm Reduct J.* 2021;18:15.
52. Pantelic M, Stegling C, Shackleton S, Restoy E. Power to participants: a call for person-centred HIV prevention services and research. *J Int AIDS Soc.* 2018;21 Suppl 7(Suppl 7):e25167.
53. Pantelic M, Steinert JI, Ayala G, Sprague L, Chang J, Thomas RM et al. Addressing epistemic injustice in HIV research: a call for reporting guidelines on meaningful community engagement. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(1):e25880.
54. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1162-72.
55. Lawson L. Side effects: the story of AIDS in South Africa. Cape Town: Double Storey Publishers; 2008.
56. A nongovernmental organization's national response to HIV: the work of the All-Ukrainian Network of People Living with HIV. Geneva: UNAIDS; 2007.
57. GNP+. Our health, our right: securing access to generic ARV medicines in Asia. Amsterdam: GNP+; 2008.
58. Specter, M. How ACT UP changed America. *The New Yorker.* 14 June 2021. New Yorker Magazine; 2021 (<https://www.newyorker.com/magazine/2021/06/14/how-act-up-changed-america>).
59. Schenk KD, Tun W, Sheehy M, Okal J, Kuffour E, Moono G et al. "Even the fowl has feelings": access to HIV information and services among persons with disabilities in Ghana, Uganda and Zambia. *Disabil Rehabil.* 2020;2(3):335-48.
60. B.C. applies for decriminalization in next step to reduce toxic drug deaths. In: BC Gov News [Internet]. 1 November 2021. Victoria (BC): Government of British Columbia (Canada); c2022 (<https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0059-002084>).
61. Peerun N, Perez S. Endline assessment of the regional community treatment observatory in West Africa. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; May 2020.
62. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.
63. Feinglass E, Gomes N, Maru V. Transforming policy into justice: the role of health advocates in Mozambique. *Health Hum Rights.* 2016;18(2):233-46.
64. Woensdregt L, Nencel L. Taking small steps: sensitising the police through male sex workers' community-led advocacy in Nairobi, Kenya. *Glob Public Health.* 2021;18:1-13.

FINANCIAMIENTO SOSTENIBLE Y EQUITATIVO DE LA RESPUESTA CONTRA EL VIH

V

Los países de todo el mundo están enfrentándose a mayores demandas de gasto en salud y social, a menudo en un contexto de ingresos reducidos y financiamiento público inestable. Incluso antes de la pandemia de COVID-19 y las perturbaciones económicas asociadas, los recursos disponibles para el VIH en los países de ingresos bajos y medios se habían estabilizado: a pesar de haber aumentado en la década anterior, los recursos nacionales para el VIH habían comenzado a disminuir antes del 2020, y la inversión limitada en las poblaciones clave ha estado frenando una respuesta equitativa al VIH. Como resultado, los US\$ 21.4 mil millones (en dólares americanos constantes de 2019) disponibles para el VIH en el 2021 fueron muy inferiores a los US\$ 29.3 mil millones necesarios en el 2025 para poner fin a la epidemia de sida para el 2030.

57%

**APARTE DE LOS ESTADOS
UNIDOS, LA ASISTENCIA PARA
EL DESARROLLO DEL VIH DE
DONANTES BILATERALES HA
DISMINUIDO EN UN 57%**

Los efectos en cascada de la crisis de COVID-19 y, más recientemente, de la guerra en Ucrania, ahora presentan desafíos adicionales. Estas crisis están modificando las decisiones de financiamiento del desarrollo y amenazando las inversiones públicas en salud, incluidos los programas de lucha contra el VIH.

Las inversiones nacionales han ayudado a impulsar la respuesta al VIH, pero sólo una minoría de países con una alta carga de VIH pueden financiar programas completos de VIH con fondos nacionales: entre los países de ingresos bajos y medianos, apenas el 26% financia actualmente al menos el 70% o más de su gasto en VIH con fuentes nacionales. Las recuperaciones económicas posteriores al COVID-19 en muchos países de ingresos bajos y medios han sido desiguales y se espera que el crecimiento económico se desacelere en el 2022 y 2023, según las proyecciones del Fondo Monetario Internacional (FMI).¹ Las desigualdades entre los países están aumentando como resultado de su vulnerabilidad desigual a estos choques económicos, y las finanzas públicas de los países de ingresos bajos y medianos están bajo una enorme presión (1, 2).

La disminución sustancial de los recursos internacionales disponibles para el VIH profundiza la difícil situación financiera de muchos países de ingresos bajos y medios. Aparte del gobierno de los Estados Unidos de América, la asistencia para el desarrollo del VIH de donantes bilaterales ha disminuido en un 57% en la última década. Sin embargo, los grandes y relativamente estables desembolsos de los Estados Unidos han enmascarado esas tendencias.

Mientras tanto, el gasto sigue siendo una fuente importante de financiación de la atención de salud, a pesar de su efecto empobrecedor en los hogares de bajos ingresos y del obstáculo que representa para el uso de servicios de salud contra el VIH y otros servicios. La proporción de la población mundial que gasta al menos el 10% de sus gastos familiares en atención de salud ha aumentado en un 40% desde el 2000 (3).² Existen alternativas viables y más justas (ver la historia de Camerún en este capítulo).

El COVID-19 continúa destacando la importancia crucial de los sistemas de salud pública equitativos y eficientes.

El COVID-19 continúa destacando la importancia crucial de los sistemas de salud pública equitativos y eficientes, de una fuerza de trabajo de salud adecuada y bien protegida, y de servicios y productos de salud asequibles en todas partes. Rara vez ha sido más clara la interconexión de las sociedades de todo el mundo. Existe una enorme necesidad de revivir la solidaridad mundial.

Página siguiente

La vida de Elisabeth Emetini cambió hace casi un año. En el pasado, tuvo que pagar por cheques, pruebas de laboratorio y cualquier cosa relacionada con su condición médica. "La abolición de las tarifas de los usuarios en Camerún por servicios de VIH ha tenido un efecto positivo en mí", dijo. No es sólo una carga menor, sino que también ha levantado un peso de sus hombros. "Ahora estoy más motivada para tomar mi medicamento contra el VIH porque no es un problema conseguir una receta y también me han hecho pruebas de carga viral gratis, así como una prueba de tuberculosis", dijo la residente de Yaoundé, Camerún, julio de 2022.

1 Las proyecciones del FMI para abril del 2022 anticipaban que el crecimiento económico de los países de ingresos bajos y medios se desaceleraba del 6.8% en el 2021 al 3.8% en el 2022 y al 4.4% en el 2023. Consulte: Perspectivas económicas mundiales, abril de 2022. Washington (DC) - Fondo Monetario Internacional; 2022 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2022/April/English/text.ashx>).

2 Aumentó del 9.4% en el 2000 al 13.2% en el 2017, según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.ZS?view=chart>).



ELIMINAR LOS DEDUCIBLES EN CAMERÚN

El cobro de deducibles en los establecimientos de salud pública restringe el acceso de las personas a los servicios y empuja a los hogares ya empobrecidos a la pobreza (4). Las tarifas de los usuarios y otros gastos menores son las principales causas de gastos catastróficos en salud, que afectan a casi mil millones de personas al año (5).¹ El acceso gratuito a los servicios de atención de salud en los establecimientos de salud pública, en cambio, aumenta el uso y promueve el acceso equitativo, puede mejorar los resultados de salud e impulsar el progreso hacia el logro de los objetivos mundiales de VIH y salud (6–9). A pesar de ello, en muchos países se siguen cobrando los deducibles a los usuarios en clínicas y hospitales, lo que genera llamados y campañas para eliminar las tarifas a los usuarios para los servicios relacionados con el VIH, la tuberculosis y servicios conexos en los centros de salud pública, incluidas las clínicas de atención materna.

Este trabajo dio resultado en Camerún, donde el gobierno decidió eliminar los deducibles para los servicios y atención del VIH en los establecimientos de salud pública de todo el país. Los medicamentos antirretrovirales han sido nominalmente gratuitos en Camerún desde el 2007, pero los gastos relacionados como consultas médicas, pruebas de laboratorio, medicamentos para infecciones oportunistas y hospitalización no se proporcionan de forma gratuita (10). Además, muchos proveedores de servicios de salud exigieron pagos no oficiales.²

Médecines Sans Frontières, organizaciones comunitarias, ONUSIDA y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) encargaron investigaciones para documentar los efectos de los deducibles sobre el uso y los resultados en materia de salud, explorar vías para eliminarlas e identificar obstáculos que debían evitarse durante su eliminación. Las amplias actividades de promoción y consulta alentaron la decisión del gobierno de eliminar las tarifas de los usuarios por los servicios y la atención del VIH en los establecimientos de salud pública y las organizaciones comunitarias afiliadas de todo el país, a partir de enero de 2020. Después de la decisión del gobierno de eliminar los deducibles por los servicios relacionados con el VIH y la atención materna, se organizó la asistencia técnica para estimar los requisitos presupuestarios a fin de compensar la pérdida de ingresos y definir los mecanismos de gestión financiera para abordar cualquier déficit.

La eliminación de las tarifas de los usuarios tuvo que planificarse e implementarse con cuidado para evitar interrupciones debidas a la pérdida de ingresos a nivel de la instalación (11).

Esto fue un reto para Camerún, donde el gasto menor en salud representó alrededor del 70% del gasto total en salud debido al bajo gasto público interno en salud (el promedio para el África subsahariana es del 39%) (12).

Página siguiente

La vida de Baudelaire Etogue también ha cambiado desde que se eliminaron las tarifas de los usuarios. Puede utilizar el dinero para pagar el transporte y otros artículos esenciales. Además, ha tenido acceso a tratamiento médico adicional. "Debido a mi estado positivo de VIH, no se me permitió recibir radiografías ni ver a un dermatólogo y ya no es así", señaló. Camerún, julio de 2022.

- 1 El gasto catastrófico en salud es gasto menor de los hogares en salud que excede el 10% de los gastos o ingresos del hogar. Consulte: Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. Lancet Glob Health. 2018;6(2): e169-e179.
- 2 En un estudio de 76 establecimientos de salud pública realizado en el 2016, Treatment Action Watch de Camerún determinó que más de la mitad exigía que los pacientes pagaran más de los precios oficiales por los servicios. Consulte : Accès aux soins des PVVIH au Cameroun. Yaoundé : Treatment Action Watch ; 2016.



© UNAIDS/Rodrig Mbock

70%

DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN CAMERÚN PROcede DE GASTOS DE BOLSILLO

También era importante asegurar que los fondos de reposición llegaran a tiempo a los establecimientos de salud, especialmente a los de zonas remotas, y mantener o mejorar la calidad de los servicios.

La decisión de Camerún fue impulsada por un fuerte apoyo al más alto nivel de gobierno. También permitió la creación de un grupo de trabajo encargado de gestionar el proceso y la introducción de reformas vitales para sustituir los ingresos perdidos. Se desarrolló un camino claro para el cambio, con hitos alineados con el sistema presupuestario del país y con asistencia técnica de apoyo a largo plazo. También fueron fundamentales para el proceso las reformas que destinaron el aumento del gasto nacional en salud pública para reemplazar los ingresos perdidos basados en las tarifas. La asistencia técnica para permitir el desembolso y la utilización oportuna también contribuyó al fortalecimiento de la gestión financiera pública.

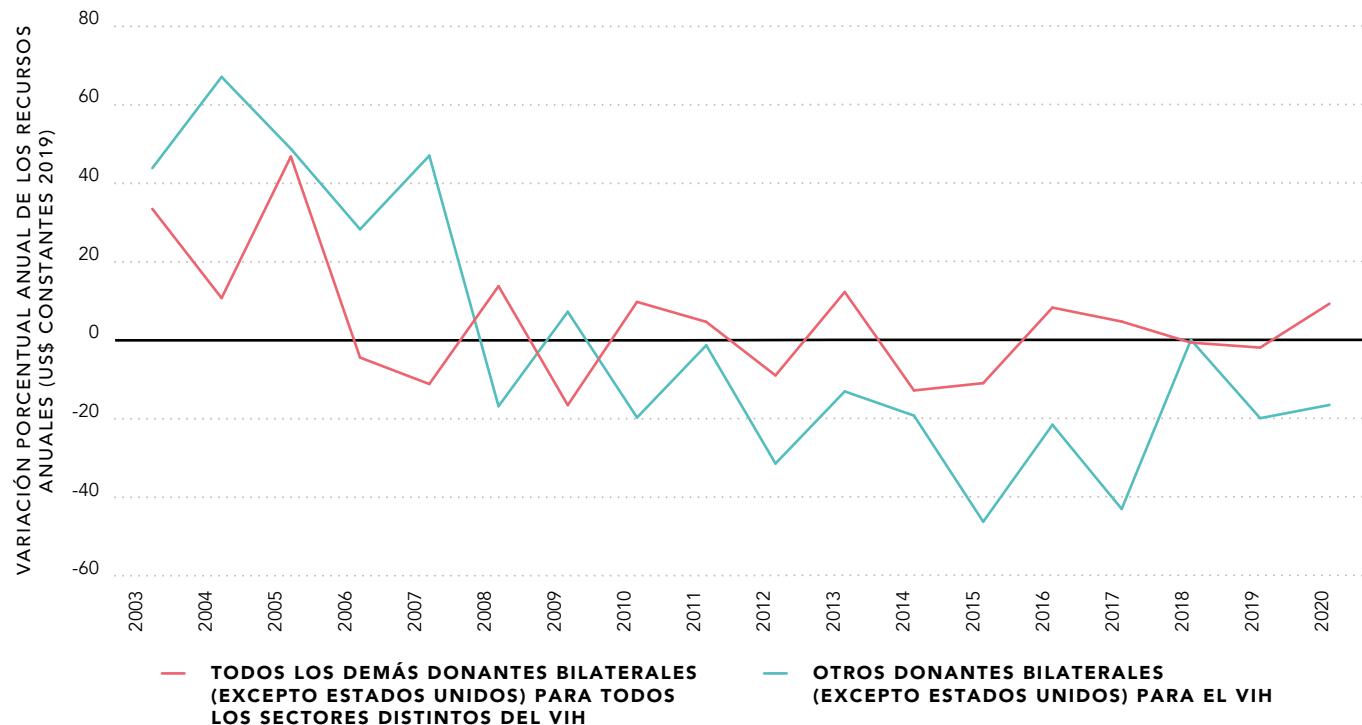
A pesar de la reducción de los ingresos públicos y otros problemas relacionados con el COVID-19, el Gobierno del Camerún ha seguido comprometido con su decisión, que siguió a la reducción anterior de los deducibles de algunos otros servicios de salud (como la inmunización, la prevención y el tratamiento de la malaria para mujeres embarazadas y niños, y la quimioterapia para pacientes con cáncer). Las interrupciones de COVID-19 han dificultado la evaluación del impacto del cambio de política hasta el momento, pero las pruebas iniciales apuntan a una mayor aceptación de los servicios de VIH y a la continua implementación de la decisión de garantizar el acceso gratuito a los establecimientos de salud pública.

LAS INVERSIONES INTERNACIONALES EN VIH SE ESTÁN ESTABILIZANDO

En el 2021, sólo se disponía de US\$ 21.4 mil millones (en dólares americanos constantes de 2019) para programas de VIH en países de ingresos bajos y medios (ver la Figura 0.4 del Capítulo 1). Además, los datos sobre disponibilidad de recursos recopilados por ONUSIDA muestran que la financiación nacional e internacional para el VIH en países de ingresos bajos y medios se estaba estabilizando mucho antes de la pandemia de COVID-19.

Los recursos internacionales para el VIH fueron aproximadamente un 6% más bajos en el 2021 que en el 2010, y han disminuido constantemente desde el 2012–2013. Las reducciones generales habrían sido mucho más pronunciadas si no hubiera sido por los altos y sostenidos niveles de financiación del Gobierno de los Estados Unidos y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), que han aumentado en un 36% y un 56%, respectivamente, desde el 2010.³ Las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos representan actualmente casi una cuarta parte (23%) del total de los recursos anuales disponibles para el VIH en los países de ingresos bajos y medios, mientras que el Fondo Mundial representa poco más de una décima parte (12%). Otros fondos internacionales para el VIH en países de ingresos bajos y medios, principalmente de donantes bilaterales, han disminuido considerablemente, en un 82% desde el 2008, aunque la tendencia varía según los donantes individuales. Es notable, sin embargo, que la tendencia en la asistencia para el desarrollo en el extranjero proporcionada por donantes bilaterales a sectores distintos del VIH no muestra tal disminución (Figura 5.1).⁴

FIGURA 5.1 Cambio anual en la asistencia oficial para el desarrollo del VIH y todos los demás sectores de desarrollo de los gobiernos donantes (bilateral excepto Estados Unidos), 2003–2020



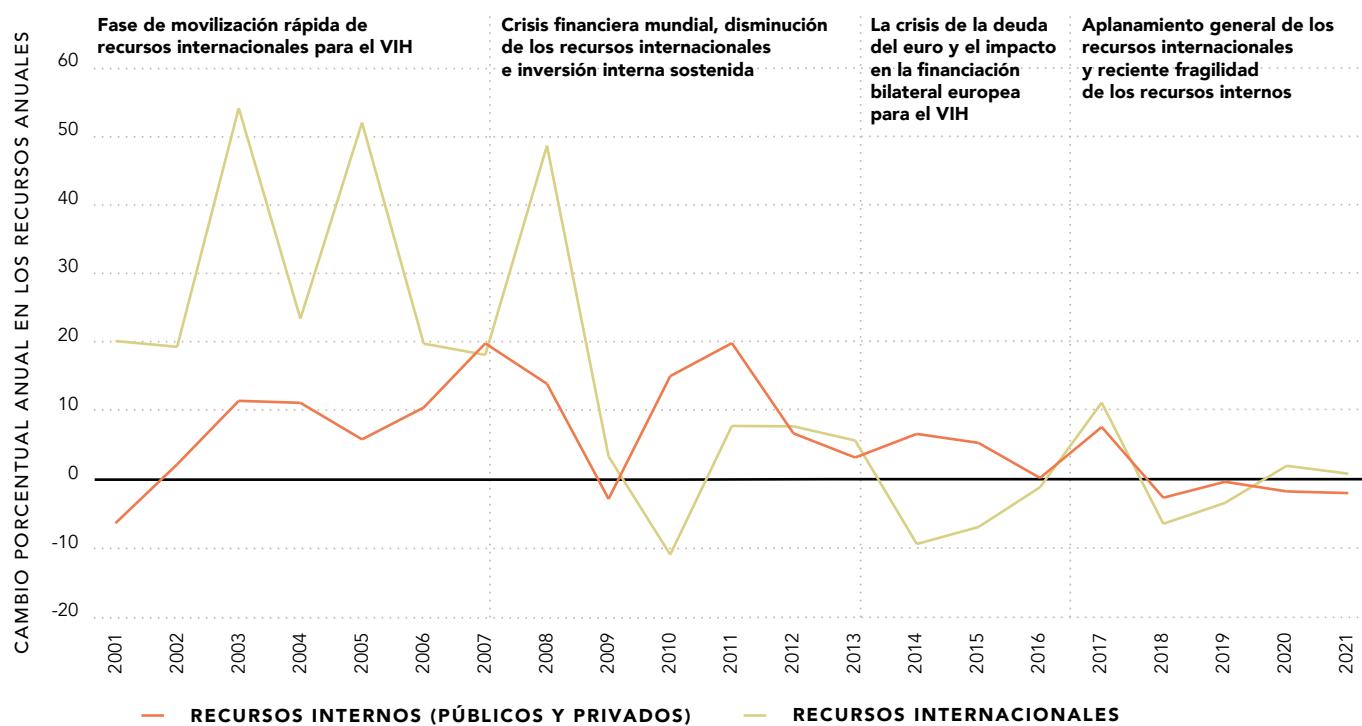
Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2022; datos del Sistema de Informes de Acreedores de la OCDE.

3 El aumento de los desembolsos del Fondo Mundial en el 2021 se debió principalmente a los recursos adicionales asignados para mitigar el impacto del COVID-19 en los servicios relacionados con el VIH. No se prevé que estos desembolsos adicionales continúen más allá del 2021.

4 Medida como proporción de su ingreso nacional bruto (INB).

Las tendencias pasadas muestran que las crisis económicas han tenido un impacto desproporcionadamente negativo en la asistencia para el desarrollo del VIH en el exterior (Figura 5.2). Las disminuciones interanuales en los recursos internacionales totales disponibles para el VIH estuvieron fuertemente correlacionadas con la crisis financiera mundial de 2008 y la crisis de la deuda europea de 2014, por ejemplo. Por lo tanto, los cambios en las prioridades de gasto asociados con la pandemia de COVID-19 y la guerra en Ucrania podrían debilitar aún más el apoyo de la asistencia para el desarrollo en el extranjero de los programas de VIH y restringir los esfuerzos para llenar la brecha de financiamiento del VIH.

FIGURA 5.2 Cambio anual en la disponibilidad de recursos para el VIH de fuentes nacionales e internacionales, países de ingresos bajos y medios, 2001–2021



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Los recursos internacionales incluyen todos los fondos multilaterales (por ejemplo, el Fondo Mundial y varias agencias y programas de la ONU), todos los fondos bilaterales (incluso del gobierno de los Estados Unidos) y fondos de fuentes filantrópicas.

LA INVERSIÓN NACIONAL EN MATERIA DE VIH ESTÁ BAJO AMENAZA

Los recursos nacionales en materia de VIH disminuyeron un 2% en el 2021 en comparación con el 2020, tras una caída similar en el año anterior. Esta fuente de financiamiento ha sido el principal motor del crecimiento de los recursos disponibles para el VIH en los países de ingresos bajos y medios durante la última década: el financiamiento nacional había estado aumentando desde principios de la década del 2000 y había continuado haciéndolo incluso después de la crisis financiera mundial del 2008. Es importante destacar que este financiamiento compensó las fuertes reducciones en el financiamiento del VIH de fuentes internacionales después de esa crisis y nuevamente en el 2013–2014 (Figura 5.2). Sin embargo, los aumentos se redujeron a partir de mediados de la década del 2010 y luego se detuvieron en el 2018. Estos son acontecimientos preocupantes, porque las inversiones nacionales en VIH representan alrededor del 60% de los recursos totales disponibles para la pandemia del VIH.

Las perturbaciones económicas experimentadas en los países de ingresos bajos y medios durante la crisis de COVID-19, y el efecto dominó de la guerra en Ucrania, pueden reducir aún más los recursos nacionales para el VIH. Un análisis reciente de ONUSIDA reveló que los factores clave de predicción del gasto público nacional en VIH eran la producción económica nacional de los países (medida como producto interno bruto), el rendimiento del índice de desarrollo humano, la prevalencia del VIH y la proporción del gasto público general en salud (13). Varios de esos indicadores están bajo amenaza. El Banco Mundial ha advertido que se espera que el gasto público per cápita disminuya y se mantenga por debajo de los niveles anteriores a COVID-19 hasta al menos el 2026 en 52 países, en su mayoría de ingresos bajos y medios, varios de los cuales tienen grandes epidemias de VIH. A menos que se dé mayor prioridad a la salud, el Banco Mundial también espera que el gasto público per cápita en salud se mantenga por debajo de los niveles de 2019, y posiblemente disminuya en muchos de esos países (1). La reducción del producto económico (y de los ingresos fiscales) y un menor énfasis en la salud en los presupuestos gubernamentales probablemente afectarán el gasto nacional en VIH.

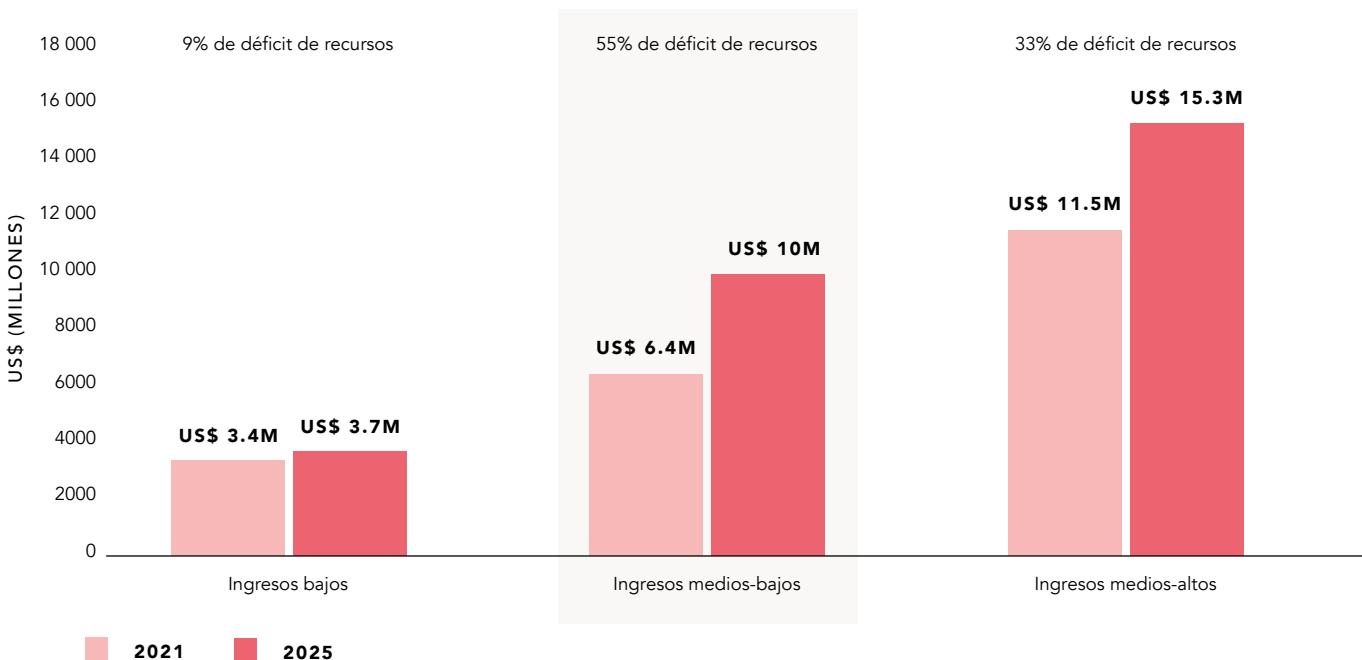
La guerra en Ucrania también puede afectar la situación de forma más directa en Europa oriental y Asia central, una región donde la incidencia del VIH ha aumentado en la última década.

La guerra en Ucrania también puede afectar la situación más directamente en Europa oriental y Asia central, una región en la que la incidencia del VIH ha aumentado en la última década (ver el Capítulo 1) y en la que muchos programas del VIH dependen en gran medida del financiamiento nacional. Existe el riesgo de que la crisis de Ucrania, incluidos los requisitos de gasto relacionados con la acogida de un gran número de refugiados del conflicto, también pueda desencadenar una reducción del gasto en VIH en algunos países vecinos. Si bien se puede esperar que la mayor parte de la financiación necesaria para alcanzar los objetivos de VIH para el 2025 provenga de recursos nacionales, los donantes y otros socios para el desarrollo tienen que volver a comprometerse a financiar de manera sostenible las necesidades de recursos restantes.

¿DÓNDE ESTÁN LAS MAYORES BRECHAS DE FINANCIAMIENTO?

Las asignaciones de recursos para el VIH varían según la región, con grandes brechas de financiamiento en Europa oriental y Asia central, Oriente Medio y África del Norte, y Asia y el Pacífico. Por lo general, la mayor brecha en el financiamiento para el VIH (alrededor de US\$ 3.5 mil millones) se encuentra en los países de ingresos medios bajos: Los recursos disponibles en esos países para el 2021 estuvieron un 55% por debajo de las necesidades proyectadas para el 2025 (Figura 5.3). También es probable que el impacto económico de la pandemia de COVID-19 en algunos de esos países sea grave, lo que les dificulta aún más para cerrar sus brechas de financiamiento con recursos internos solamente.

FIGURA 5.3 Recursos para el VIH, 2021, y necesidades de recursos estimadas, 2025, por clasificación de los ingresos del país



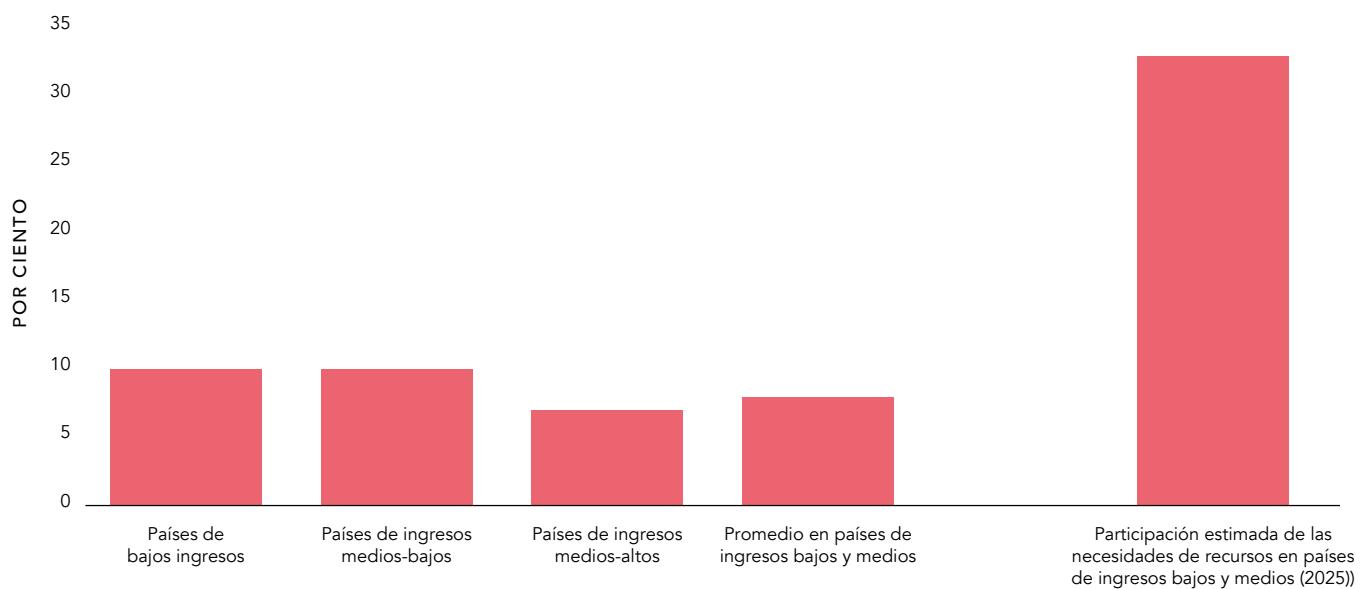
Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019. Los países incluidos son aquellos clasificados por el Banco Mundial en el 2020 como de ingresos bajos y medios.

Los compromisos de los donantes para la prevención del VIH han mejorado en los últimos años, pero siguen existiendo grandes brechas en el financiamiento de los programas de prevención del VIH en los distintos grupos de ingresos de los países (Figura 5.4). Se necesitan recursos adicionales para alcanzar los US\$ 9.5 mil millones que se necesitarán para la prevención del VIH en el 2025, a fin de encaminar a los países para poner fin a la epidemia de sida para fines de la década. Los datos comunicados por 86 países de ingresos bajos y medios muestran que un promedio del 8 % del gasto total en VIH se asignó a programas de prevención en el 2021. Esa proporción del gasto en VIH deberá aumentar al 33% para el 2025.

Se necesitan recursos adicionales para alcanzar los US\$ 9.5 mil millones que se necesitarán para la prevención del VIH en el 2025, a fin de encaminar a los países para poner fin a la epidemia de sida para fines de la década.

FIGURA 5.4 Participación del gasto total en prevención del VIH en el 2021 y participación estimada necesaria para la prevención en el 2025, países de ingresos bajos y medios



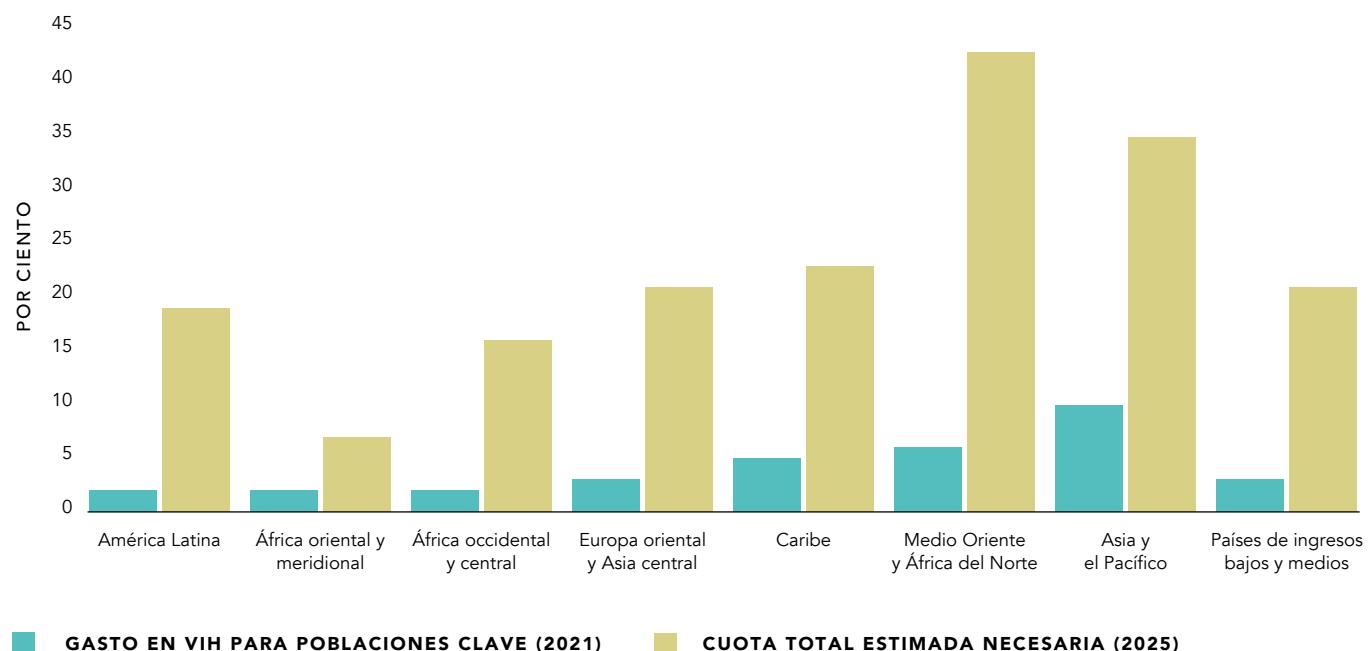
Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2022; Monitoreo Global del SIDA, 2022; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: La figura contiene datos de 86 países que informaron sobre sus últimos gastos en intervenciones de prevención.

En general, los países de ingresos bajos y medios financian cerca del 72% de sus programas de tratamiento y atención del VIH con recursos nacionales, pero sólo el 42% de sus programas de prevención (14). Algunos países de bajos ingresos siguen dependiendo casi exclusivamente de la financiación externa para sus programas de prevención del VIH. El financiamiento para la prevención del VIH entre poblaciones clave todavía comprende proporciones muy pequeñas del gasto total en VIH en países de ingresos bajos y medios, incluso en regiones donde la gran mayoría de las nuevas infecciones por VIH ocurren en estas poblaciones (Figura 5.5). La mayor parte de esa financiación, al menos dos tercios, proviene de fuentes internacionales, siendo la única excepción las intervenciones en favor de los presos y detenidos. Esta dependencia expone los programas de prevención para las poblaciones clave a posibles recortes adicionales en el financiamiento internacional.

En general, los países de ingresos bajos y medios financian cerca del 72% de sus programas de tratamiento y atención del VIH con recursos nacionales, pero sólo el 42% de sus programas de prevención.

FIGURA 5.5 Porcentaje del gasto total en VIH para programas de prevención y habilitadores sociales para las poblaciones clave, 2021, y participación total estimada necesaria, 2025, en países de ingresos bajos y medios y por región



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022; Monitoreo mundial del sida de ONUSIDA, 2022; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Los datos proceden de 61 países que informaron sobre sus últimos gastos en intervenciones de prevención y facilitadores sociales. Los servicios de pruebas y tratamiento no están incluidos.

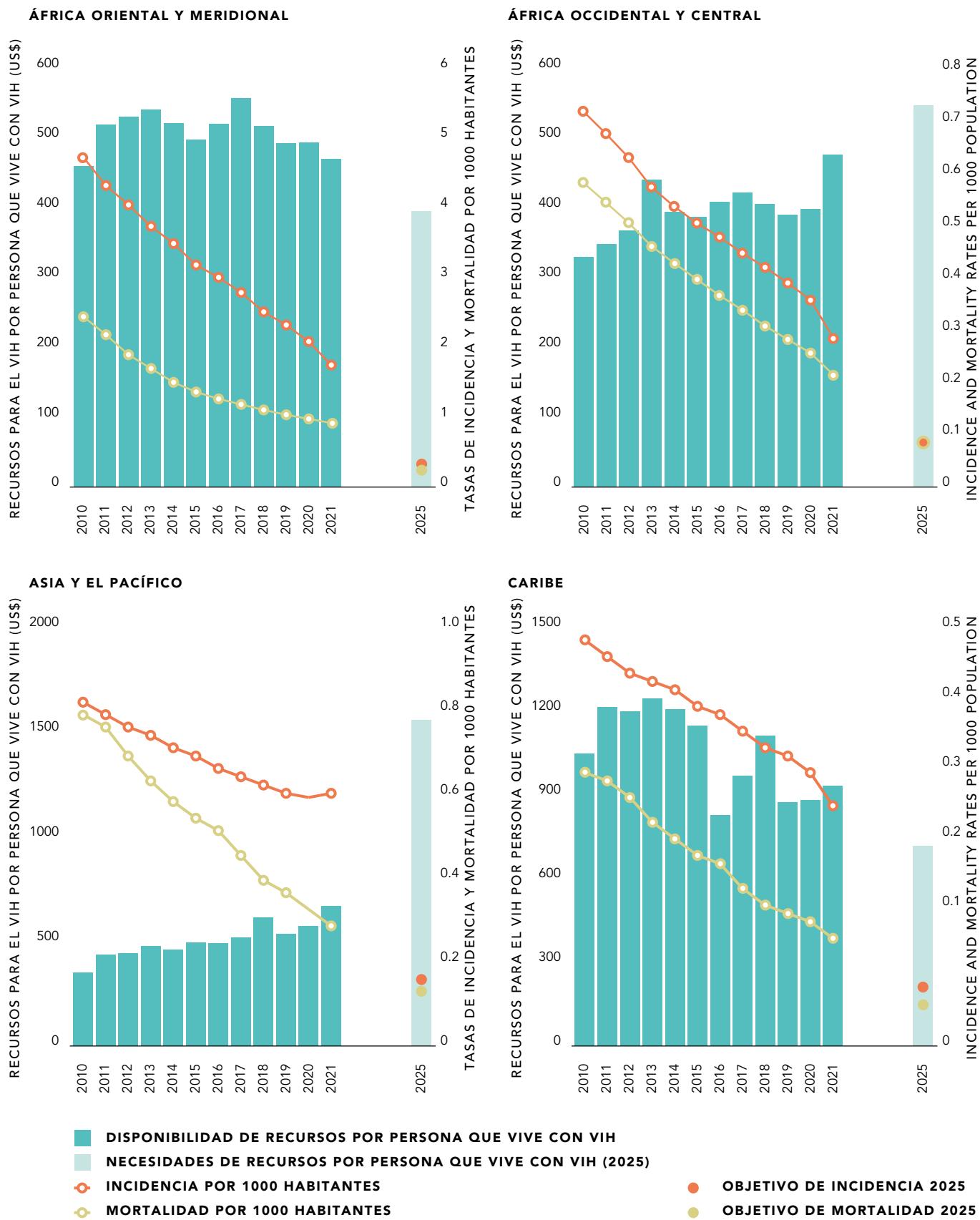
PROGRESO MIXTO EN MEDIO DE INVERSIONES DESIGUALES EN VIH

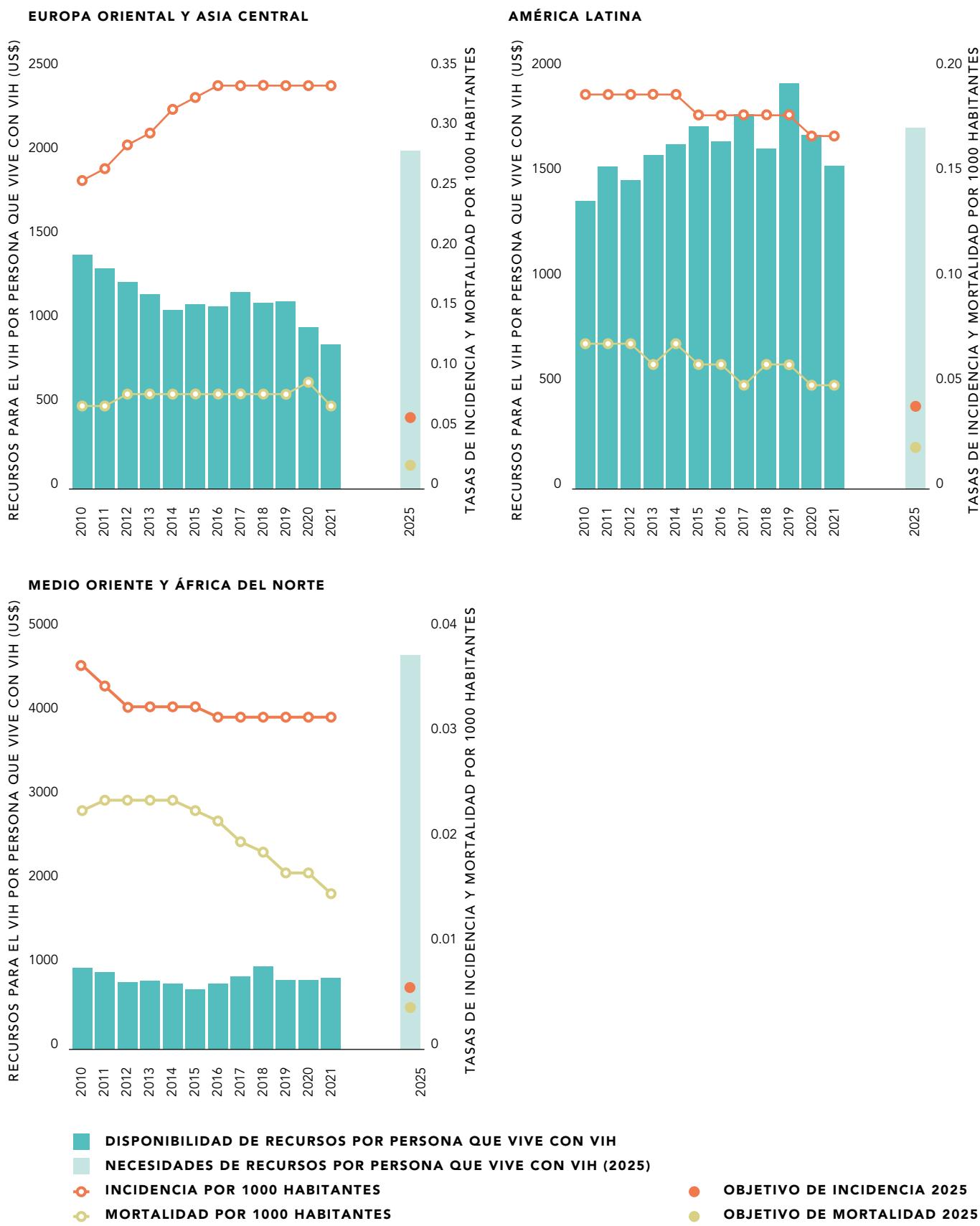
Los niveles de inversión por persona que vive con VIH varían significativamente de un país a otro y de una región a otra. Debido a los altos precios de productos como los medicamentos antirretrovirales y los costos de la prestación de servicios y de ciertas intervenciones de prevención, las inversiones necesarias para el 2025 pueden llegar a ser de hasta US\$ 4750 por persona por año (2019 dólares constantes) en Oriente Medio y África del Norte, US\$ 2034 en Europa oriental y Asia central, US\$ 1741 en América Latina y US\$ 1574 en Asia y el Pacífico. Los montos correspondientes son de US\$ 725 por persona por año en el Caribe, US\$ 400 dólares en África oriental y meridional y US\$ 539 en África occidental y central.⁵ Si comparamos los recursos disponibles para el VIH en el 2021 con los necesarios para alcanzar los objetivos para el 2025, las brechas de financiación también varían ampliamente. En algunas regiones, los recursos para el 2021 se aproximan a las cantidades totales necesarias en el 2025, pero en otras, las brechas son bastante grandes: van desde una brecha del 21% en África occidental y central y una brecha del 57% en las regiones de Asia y el Pacífico y Europa oriental y Asia central, hasta el 82% en Oriente Medio y África del Norte (Figura 5.6). Es importante destacar que todas las regiones deben utilizar estos recursos con mayor eficiencia.

Si comparamos los recursos disponibles para el VIH en el 2021 con los necesarios para alcanzar los objetivos para el 2025, las brechas de financiamiento también varían ampliamente.

⁵ Para que los montos sean comparables, las inversiones se han convertido en dólares americanos constantes de 2019 y se han ajustado por inflación. Las cantidades totales también se ajustan según el tamaño de la población y la prevalencia del VIH. La medida resultante es el gasto total en VIH por persona que vive con VIH, e incluye pruebas, tratamiento, prevención e inversiones para mejorar los facilitadores sociales. Como se muestra en la Figura 5.6, el nivel de inversiones ajustadas puede correlacionarse con mediciones de impacto tales como la incidencia del VIH y las tasas de mortalidad relacionadas con el sida por cada 1000 habitantes, a fin de evaluar la suficiencia y eficiencia de los recursos.

FIGURA 5.6 Disponibilidad total de recursos para el VIH por persona que vive con VIH, incidencia del VIH y tasas de mortalidad relacionadas con el sida en países de ingresos bajos y medios, por región, 2010-2021 y objetivos para el 2025





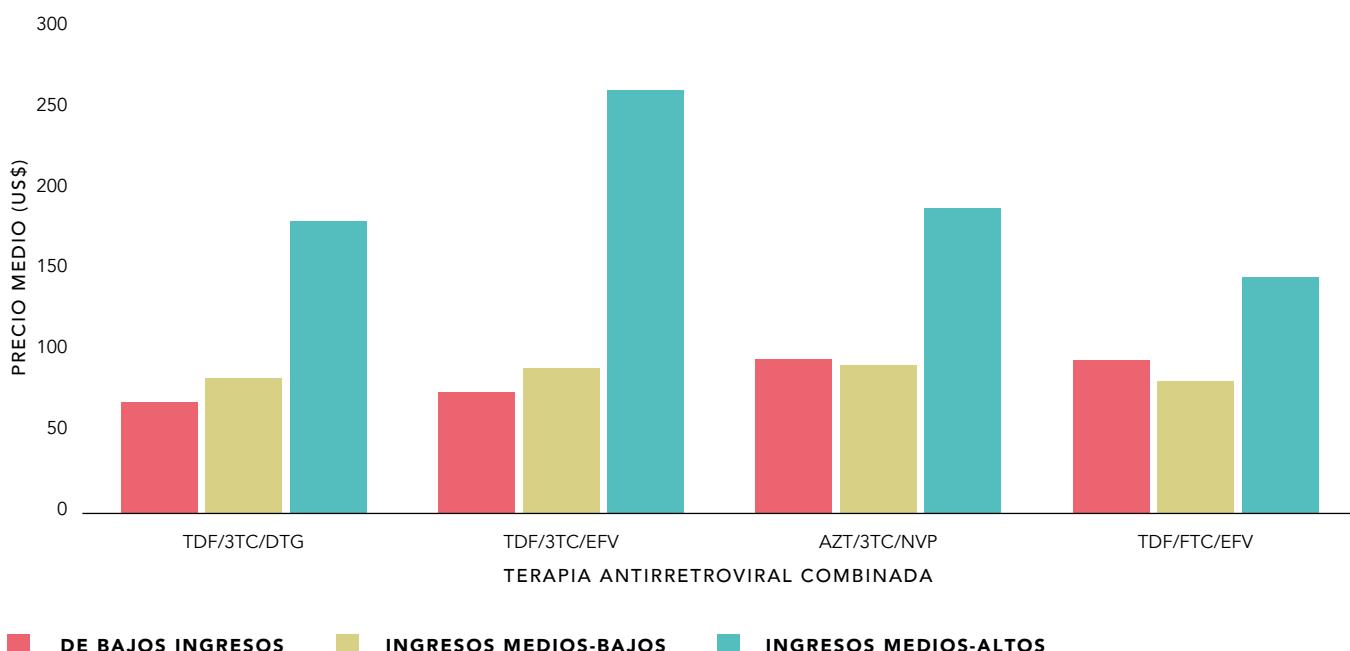
Fuente: Análisis basado en estimaciones y proyecciones epidemiológicas y financieras de ONUSIDA, 2022.

OBTENER MAYOR RENDIMIENTO DEL DINERO

Cuando se evalúan los logros de las respuestas al VIH, a veces se pasa por alto el papel de las reducciones de precios y las ganancias en rentabilidad. El activismo y la promoción han reducido los costos unitarios, especialmente para los medicamentos antirretrovirales, y las innovaciones en la prestación de servicios han hecho que los fondos para el VIH rindan más. Las reducciones de precios de los productos del VIH también han liberado fondos para ampliar aún más los programas y mejorar las intervenciones de alto impacto (como las nuevas formulaciones antirretrovirales y profilaxis previa a la exposición, o PrEP). La disminución de los costos de tratamiento por persona ha permitido a muchos países de ingresos bajos y medianos ampliar masivamente sus programas de tratamiento del VIH en la última década.

Sin embargo, las reducciones de precios han sido desiguales. Los precios de los productos básicos para el VIH y otros problemas de salud varían considerablemente entre las regiones y los grupos de ingresos de los países. Los países de ingresos medios-altos pagan precios muy elevados por los antirretrovirales (Figura 5.7), especialmente los regímenes antirretrovirales de segunda y tercera línea. En todas las regiones, la terapia antirretroviral de segunda línea sigue siendo mucho más costosa que los regímenes de primera línea (Figura 5.8).

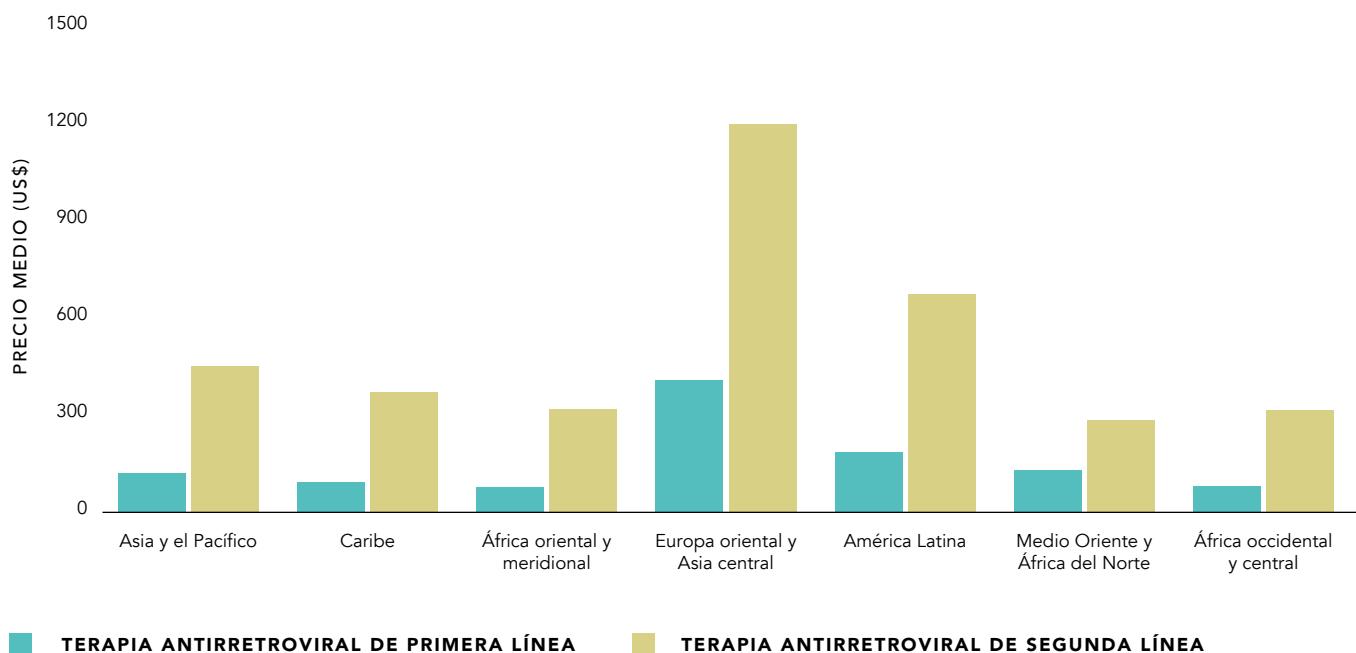
FIGURA 5.7 Precio promedio (US\$) por persona-año para diferentes regímenes de terapia antirretroviral, por grupo de ingreso del país, 2021



Fuente: Estimaciones Financieras de ONUSIDA, diciembre de 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los datos corresponden a 89 países que informaron al Monitoreo Global del SIDA de ONUSIDA 2022.

Nota: TDF = tenofovir disoproxil fumarato; 3TC = lamivudina; DTG = dolutegravir; EFV = efavirenz; AZT = azidotimidina; NVP = nevirapina; y FTC = emtricitabina.

FIGURA 5.8 Precio promedio (US\$) por persona-año para la terapia antirretroviral de primera y segunda línea, por región, 2021

Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los datos corresponden a 89 países que informaron al sistema de Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA en 2021 y 2022.

La eficiencia técnica de las inversiones en VIH también ha mejorado con el tiempo, permitiendo que más personas se beneficien de los programas de VIH. Un nuevo estudio que abarcó 78 países, en su mayoría de ingresos bajos y medios, ha encontrado que la misma cantidad de gasto en VIH se utilizó casi el doble de eficientemente en el 2018 (15).⁶

Estas reducciones de precios y eficiencias de costos deben mantenerse, y pueden extenderse más ampliamente entre productos y países. La PrEP, especialmente las nuevas versiones inyectables de acción prolongada, es una candidata importante para fuertes reducciones de precios (ver Capítulo 2). Cada dólar ahorrado aumenta potencialmente el acceso a servicios y productos que salvan vidas, pero si bien el ahorro y el aumento de la eficiencia pueden ayudar a ampliar el espacio presupuestario para el VIH, no son suficientes para cerrar las brechas de financiamiento que frenan las respuestas al VIH. Se necesitan nuevas intervenciones a nivel internacional.

These price reductions and cost efficiencies should be sustained, and they can be extended more broadly across products and countries.

6 El estudio consideró la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y los programas de terapia antirretroviral como los principales resultados. Estas reducciones de precios y eficiencias de costos deben mantenerse, y pueden extenderse más ampliamente a través de productos y países.

SALVAGUARDAR EL GASTO EN VIH Y SALUD

Si bien la pandemia de COVID-19 ha restringido el crecimiento económico y ha impuesto enormes costos adicionales en todo el mundo, también está reforzando la necesidad de reformar el financiamiento de la salud y liberar a los países de ingresos bajos y medios de ciclos interminables de deudas abrumantes.

El COVID-19 cambió la política fiscal en muchos países de ingresos altos y en algunos de ingresos medios. Los países con monedas soberanas fuertes pudieron financiar parcialmente el apoyo adicional a las empresas y los hogares a través de niveles récord de préstamos y emisión de bonos. Sin embargo, la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos carecen de esas opciones y están experimentando un deterioro importante en el financiamiento público. Muchos han recurrido a asumir deudas adicionales y a reasignar fondos de otros sectores, incluidos la educación y la infraestructura (16, 17).

En promedio, la deuda pública de los países de ingresos bajos y medios aumentó del 58% al 65% del producto interno bruto entre el 2019 y 2021, lo que equivale a la impresionante cifra de US\$ 2.3 mil millones de dólares (18). El Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas ha estimado que en promedio los países de bajos ingresos pagaban alrededor del 14% de los ingresos nacionales sólo en concepto de intereses de la deuda en el 2021, casi cuatro veces más que los países de ingresos altos y medios-altos (19). La elevada carga de la deuda tiende a tener un impacto directo en los presupuestos de salud y VIH.

Existe el peligro de que la austeridad fiscal pueda incorporarse en muchos países de ingresos bajos y medios en el próximo período, y se espera que unos 140 países introduzcan recortes en el gasto público.

Existe el peligro de que la austeridad fiscal pueda incorporarse en muchos países de ingresos bajos y medios en el próximo período, y se espera que unos 140 países introduzcan recortes en el gasto público (ver la historia de Zambia en el Capítulo 3) (20, 21). Es vital evitar esas respuestas, que suelen perjudicar a los sectores más vulnerables de la sociedad. Las opciones existentes deben activarse y acelerarse: se necesita la cancelación y el alivio de la deuda, junto con financiación adicional y altamente concesionaria y una reasignación decidida de los Derechos Especiales de Giro no utilizados emitidos en el 2021. La elegibilidad del país para recibir financiamiento en condiciones favorables (es decir, costos más bajos de endeudamiento) debe flexibilizarse frente a criterios claros que sirvan al interés público (22). Como resultado de los impactos combinados del COVID-19 y la guerra en Ucrania, se deben reconsiderar los planes para alejarse de la financiación concesionaria, incluyendo el apoyo en forma de donaciones para el VIH.

En lugar de exigir a los países de bajos ingresos que recorten sus presupuestos de servicios públicos y su fuerza laboral, los mecanismos de préstamo deberían permitirles fortalecer sus sistemas de salud y otros pilares del desarrollo socioeconómico (19, 20, 23). Se requiere una mayor solidaridad mundial: los países de altos ingresos deben cumplir sus compromisos de asistencia para el desarrollo en el exterior. Tanto los países de ingresos bajos como los de ingresos medios necesitan financiación de donantes para reducir sus brechas de financiamiento para los programas de prevención del VIH, en particular para las poblaciones clave. También será fundamental reducir los precios de los productos del VIH, especialmente en América Latina y Europa oriental y Asia central.

Sin embargo, el financiamiento concesional adicional y el desarrollo en el extranjero no son suficientes por sí solos: se necesitan intervenciones para asegurar que los recursos adicionales se utilicen para mantener o reconstruir los servicios públicos en lugar de pagar a los acreedores en tiempos de gran tensión fiscal. El sector de la salud había sido especialmente vulnerable al aumento de las obligaciones de pago de la deuda en el período previo a la crisis de COVID-19. En el 2019, por ejemplo, 64 países gastaban más en el servicio de sus deudas externas que en sus sistemas de salud pública (medidos como parte de los ingresos del gobierno). La reducción del gasto en atención de salud debilita la capacidad de respuesta al VIH y otras pandemias (20). Se necesitan medidas ambiciosas para lograr el alivio de la deuda, incluida la cancelación total (19, 23).

En lugar de exigir a los países de bajos ingresos que recorten sus presupuestos de servicios públicos y su fuerza laboral, los mecanismos de financiamiento internacional deberían permitirles fortalecer sus sistemas de salud y otros pilares de desarrollo socioeconómico.



COVID-19 Y LAS MEDIDAS DE AUSTERIDAD AMENAZAN LA RESPUESTA AL SIDA EN ZAMBIA

47%

**DISMINUCIÓN DE LAS NUEVAS
INFECCIONES POR VIH EN ZAMBIA
DESDE EL 2010**

La respuesta de Zambia al VIH se enfrenta a un momento de verdad. Mientras que Zambia ha visto caer las nuevas infecciones por VIH en un 47% desde el 2010, lo que está a la par de África oriental y meridional en su conjunto (con una disminución del 44%), las muertes relacionadas con el sida cayeron sólo un 40% (en comparación con el 58% de la región en general), y el número de personas que necesitan tratamiento de por vida sigue creciendo. La respuesta nacional al VIH también sigue dependiendo en gran medida de fuentes externas, y los donantes internacionales cubren más del 95% del gasto del país relacionado con el VIH. Sin embargo, desde que Zambia se ha convertido en un país de ingresos medios, las perspectivas futuras del país para movilizar la asistencia internacional con el fin de encauzar la respuesta nacional al sida son inciertas.

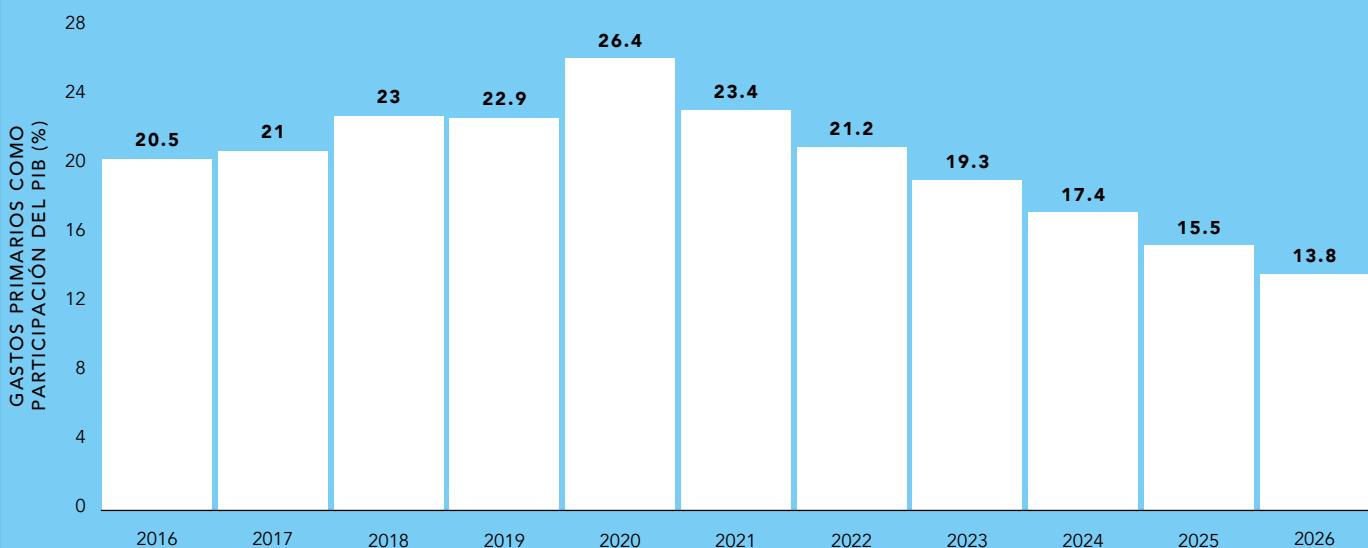
El aumento del gasto nacional relacionados con el sida, salud, educación y otros pilares clave de una respuesta sólida al VIH es una prioridad nacional urgente. Sin embargo, la situación macroeconómica y la crisis de deuda del país ponen en peligro las esperanzas de lograr estos aumentos necesarios en el gasto interno. Después de un fuerte crecimiento económico previo a la pandemia de COVID-19, la economía se contrajo un 2.8% en el 2020 como resultado de confinamientos y otros efectos de COVID-19 (24). En una encuesta de población de 2021, ocho de cada 10 hogares en Zambia informaron que su negocio o empleo se vio afectado por COVID-19, y uno de cada tres informó de una reducción de ingresos o pérdida de empleos durante la pandemia (25).

Aunque la economía zambiana se ha recuperado parcialmente desde entonces, su capacidad para apalancar la recuperación para financiar los servicios de salud y sociales se ha visto socavada por la situación de la deuda del país: después de utilizar la deuda para financiar mayores inversiones públicas, la deuda pública de Zambia supera ahora el 100% del producto interno bruto y es insostenible (26). En el 2020, Zambia se convirtió en el primer estado soberano desde el surgimiento del COVID-19 en incumplir el pago de su deuda nacional (27). Casi la mitad (46%) de la deuda de Zambia se debe a prestamistas privados: 22% a China, 8% a otros gobiernos y 18% a instituciones multilaterales. La primacía de los prestamistas privados dificulta la reestructuración de la deuda de Zambia, ya que los prestamistas privados suelen estar menos dispuestos que los gubernamentales o multilaterales a perdonar o descontar los montos adeudados.



Para abordar la crisis de la deuda, el gobierno ha llegado a un acuerdo con el FMI. A cambio del apoyo económico, el país se ha comprometido a hacer importantes reducciones en el gasto público. Según este acuerdo, el gasto público para el 2026 (como porcentaje del producto interno bruto) será aproximadamente la mitad del gasto en el 2020 (Figura 5.9).

FIGURA 5.9 Gasto primario del gobierno (como porcentaje del producto interno bruto), Zambia, 2016-2026



Fuente: Análisis de: Perspectivas económicas mundiales: recuperación durante una pandemia. Problemas de salud, interrupciones del suministro y presiones sobre los precios. Washington (DC): Fondo Monetario Internacional; 2021.

La austeridad fiscal es una respuesta común, pero a menudo destructiva, a las crisis de deuda. La austeridad fiscal que implícitamente se pide en virtud de este acuerdo pone en peligro la capacidad de Zambia para hacer inversiones públicas internas esenciales en VIH y salud, o para invertir en otros sectores que afectan la vulnerabilidad al VIH y la adopción de servicios, como la educación y la protección social.

Se necesitan medidas urgentes para prevenir reducciones potencialmente graves del gasto público en salud y protección social y para permitir los tipos de inversiones centradas en las personas que se necesitan para poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública. Se necesitan medidas internacionales para mitigar la carga de la deuda del país, prestando especial atención a persuadir a los prestamistas privados para que participen en el alivio de la deuda. Los derechos especiales de giro del FMI, que son activos de reserva que devengan intereses y que se asignan entre los estados miembros del FMI, deberían reasignarse para permitir un aumento de la liquidez en Zambia. En el plano interno, el país debería avanzar hacia un sistema tributario progresivo, junto con reformas institucionales para garantizar la capacidad del país para recaudar los impuestos adeudados.



REFERENCIAS

1. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Ezenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery—implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: widening rifts. Washington (DC): World Bank; September 2021.
2. Global economic prospects, June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/37224/9781464818431.pdf>).
3. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2022.
4. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e169-e179.
5. Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: WHO; 2021.
6. Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2019;3(Suppl 3):e001087.
7. Steele SJ, Sugianto H, Baglione Q, Sedlimaier S, Niyibizi AA, Duncan K et al. Removal of user fees and system strengthening improves access to maternity care, reducing neonatal mortality in a district hospital in Lesotho. *Trop Med Int Health*. 2019;24(1):2-10.
8. Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(Suppl 3):S6.
9. Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fees exemption on health care utilization among children under five in Burkina-Faso; a controlled interrupted time-series analysis. *Soc. Sci Med*. 2017;179:27-35.
10. Case study of the elimination of HIV user fees: what can we learn from Cameroon. Geneva: UNAIDS; [forthcoming in 2022].
11. Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemption alone are not enough to increase indigent use of health services. *Health Policy Plan*. 2016;31:674-81.
12. Ministry of Public Health (Cameroon). Health sector strategy, 2016–2027. Yaoundé: Government of Cameroon; 2016.
13. UNAIDS internal analysis, 2022.
14. UNAIDS financial estimates, July 2022, and Global AIDS Monitoring reporting, using data from 96 countries that reported their latest expenditures on prevention and treatment interventions.
15. Allel K, Abou Jaoude GJ, Birungi C, Palmer T, Skordis J, Haghparasat-Bidgoli H. Technical efficiency of national HIV/AIDS spending in 78 countries between 2010 and 2018: a data envelopment analysis. *PLOS Global Public Health*. Forthcoming.
16. The monetary policy response to COVID-19: the role of asset purchase programmes. DESA policy brief no. 129. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; February 2022 (<https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-no-129-the-monetary-policy-response-to-covid-19-the-role-of-asset-purchase-programmes/>).
17. The monetary–fiscal policy nexus in the wake of the pandemic. BIS papers no. 122. Basel: Bank for International Settlements (Monetary and Economic Department); March 2022 (<https://www.bis.org/publ/bppdf/bispap122.pdf>).
18. World economic outlook: recovery during a pandemic. Health concerns, supply disruptions and price pressures. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021.
19. Financing for sustainable development report 2022: bridging the finance divide. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; 2022 (<https://developmentfinance.un.org/fsdr2022>).
20. A pandemic triad: HIV, COVID-19 and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS; 2022.

21. Ortiz I, Cummins M. *Global austerity alert: looming budget cuts in 2021–25 and alternative pathways*. New York (NY): Initiative for Policy Dialogue, Columbia University; 2021 (<https://policydialogue.org/files/publications/papers/Global-Austerity-Alert-Ortiz-Cummins-2021-final.pdf>).
22. Fund concessional financial support for low-income countries—responding to the pandemic. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021 (<https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2021/07/22/Fund-Concessional-Financial-Support-For-Low-Income-Countries-Responding-To-The-Pandemic-462520>).
23. Developing countries must be provided with debt relief to prevent financial brink, preserve progress, Deputy Secretary-General tells Development Finance Dialogue. In: United Nations Meetings Coverage and Press Releases [Internet]. 20 April 2022; DG/SM/1718. New York (NY): United Nations; c2022 (<https://www.un.org/press/en/2022/dsgsm1718.doc.htm>).
24. The World Bank in Zambia. In: The World Bank [Internet]. Updated 17 April 2022. Washington (DC): The World Bank; c2022 (<https://www.worldbank.org/en/country/zambia/overview#1>).
25. Socio-economic impact assessment of COVID-19 on households in Zambia. Lusaka: Zambia Statistics Agency; 2021 (<https://www.zamstats.gov.zm/backup/phocadownload/Socio%20Economic/Socio-economic%20Impact%20Assessment%20of%20COVID-19%20on%20Households%20in%20Zambia.pdf>).
26. Zambia Economic Outlook. In: African Development Bank Group [Internet]. African Development Bank; c2022 (<https://www.afdb.org/en/countries-southern-africa-zambia/zambia-economic-outlook>).
27. Smith E. Zambia becomes Africa's first coronavirus-era default: what happens now? In: CNBC [Internet]. 23 November 2020. CNBC LLC; c2022 (<https://www.cnbc.com/2020/11/23/zambia-becomes-africas-first-coronavirus-era-default-what-happens-now.html>).

PERFILES REGIONALES

VI

PERFILES REGIONALES

ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL



África oriental y meridional sigue siendo la región más afectada por el VIH, con 20.6 millones [18.9 millones–23.0 millones] de personas, el 54% de todas las personas que viven con VIH en el mundo. Sin embargo, se ha logrado un progreso regional sustancial, más que en cualquier otra región: el número de nuevas infecciones por VIH en todas las edades disminuyó en un 44% entre el 2010 y 2021 (38% entre las mujeres frente al 52% entre los hombres).

La región también ha logrado un progreso notable en la reducción de nuevas infecciones por VIH entre los niños: una disminución del 61% desde el 2010. Sin embargo, la tasa de transmisión vertical del VIH después de la lactancia materna aún se estima en un 8.6%. Un país de la región, Botsuana, es el primer país con una carga elevada de VIH que ha alcanzado el estatus Silver (Plata) en el camino hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH (ver el artículo sobre Botsuana en el capítulo 2).

A pesar de este progreso, es necesario acelerar la reducción de las nuevas infecciones por VIH para que la región ponga fin al sida como amenaza para la salud pública para el año 2030. Los avances regionales también ensombrecen el progreso más lento en países como Madagascar y Sudán del Sur, donde las nuevas infecciones por VIH han aumentado desde el 2010.

Las mujeres y las niñas continúan viéndose afectadas de manera desproporcionada por el VIH, representando el 63% de las nuevas infecciones por VIH en la región en el 2021. Las nuevas infecciones por VIH son tres veces más altas entre las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) que entre los hombres de la misma edad. Desde el 2010, la disminución de nuevas infecciones por VIH ha sido mucho más aguda entre los adolescentes varones y los hombres jóvenes (56%) que entre las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes (42%) o las mujeres mayores (25 a 49 años) (29%). Las leyes sobre la edad de consentimiento también obstaculizan los esfuerzos para garantizar que las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes tengan acceso a las pruebas del VIH y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

20.6 MILLONES

DE PERSONAS VIVEN CON VIH
EN LA REGIÓN

63%

DE LAS NUEVAS INFECCIONES
POR VIH DE LA REGIÓN EN EL
2021 SE PRODUJERON ENTRE
MUJERES Y NIÑAS

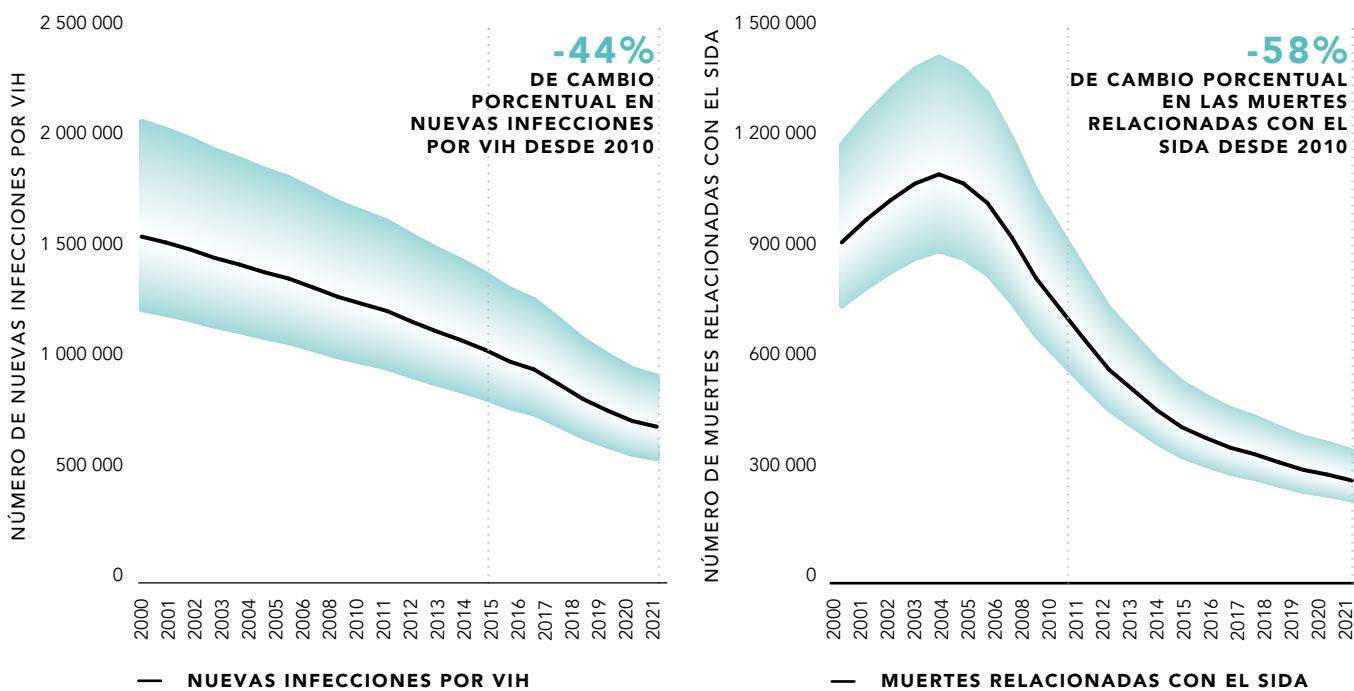
África oriental y meridional es la única región en la que las poblaciones clave y sus parejas sexuales constituyen menos de la mitad de las nuevas infecciones por VIH (46% en el 2021). Sin embargo, las poblaciones clave de la región tienen un riesgo relativo más alto de contraer el VIH que la población general, y las trabajadoras sexuales experimentan riesgos especialmente elevados. Las leyes que penalizan a las poblaciones clave en muchos países socavan los esfuerzos por llegar a ellas e involucrarlas en las respuestas nacionales contra el VIH.

Al menos seis países de África oriental y meridional alcanzaron los objetivos 90–90–90 para las pruebas y tratamiento contra el VIH para el 2020 (Botsuana, Suazilandia, Malawi, Ruanda, Zambia y Zimbabue). Cuatro países más lograron la supresión viral del 73% de las personas que viven con VIH a finales de 2020 (Kenia, Namibia, Sudáfrica y Uganda). Si bien muchos países han logrado el segundo y el tercero de los objetivos 95–95–95 para el 2025 (más del 95% de las personas que conocen su estatus VIH positivo acceden al tratamiento y más del 95% de las personas que reciben tratamiento han suprimido la carga viral), el primer objetivo de que más del 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico no ha sido alcanzado por ningún país de la región. Los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres de acceder a los servicios esenciales del VIH, lo que subraya la necesidad de adoptar enfoques innovadores para: (a) asegurar el uso de los servicios entre los hombres que viven o están en riesgo de contraer VIH; (b) mejorar sus resultados en materia de salud; y (c) prevenir la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.

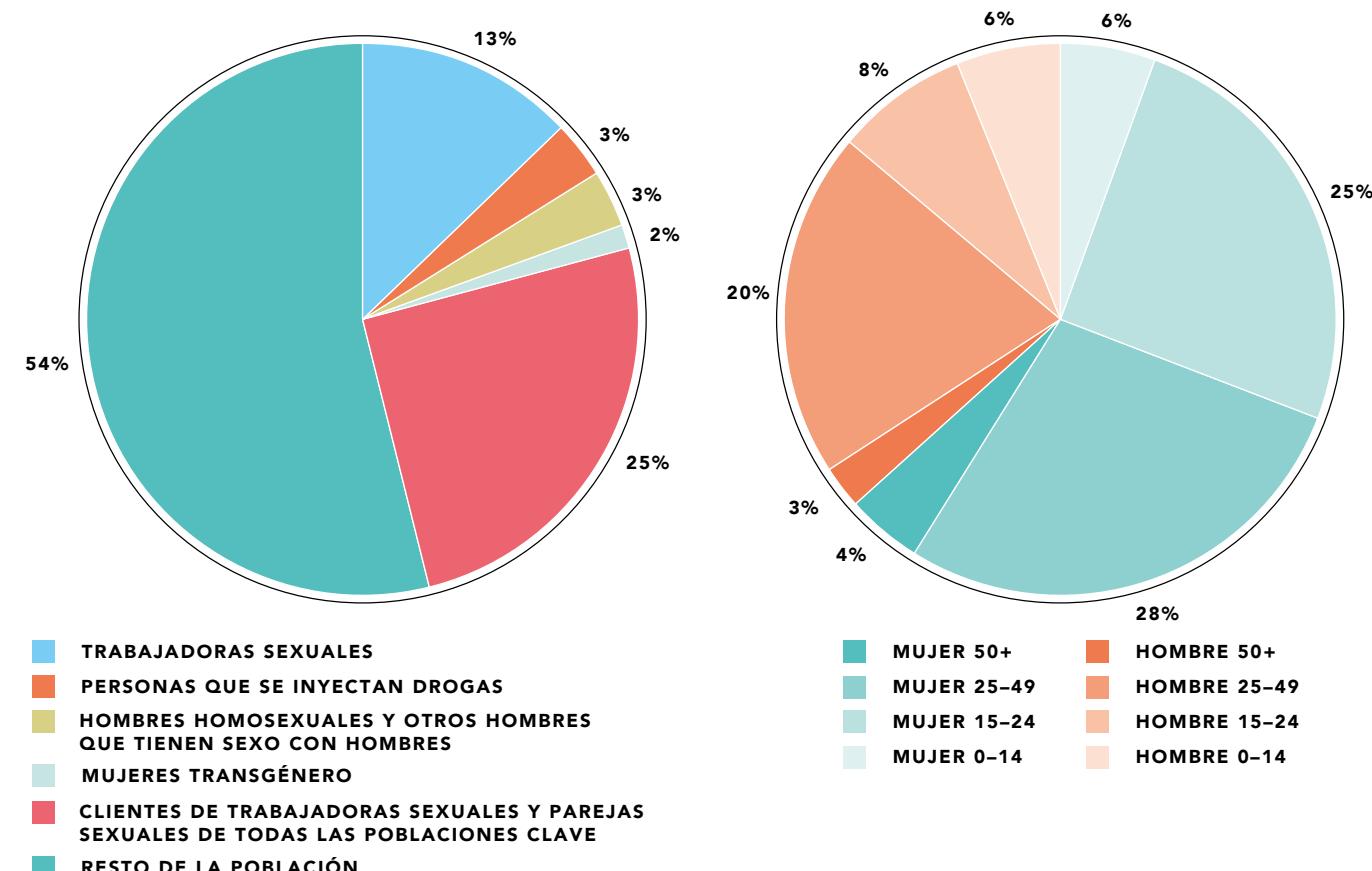
La respuesta regional al VIH enfrenta desafíos importantes, incluyendo los efectos persistentes de la pandemia de COVID-19, que interrumpió los servicios y llevó a algunos países a reasignar sus limitados recursos de salud lejos de la respuesta contra el VIH. Los conflictos civiles, las sequías y las inundaciones también impiden la prestación de servicios relacionados con el VIH y afectan el compromiso de los países de seguir dando prioridad a la respuesta contra el VIH.



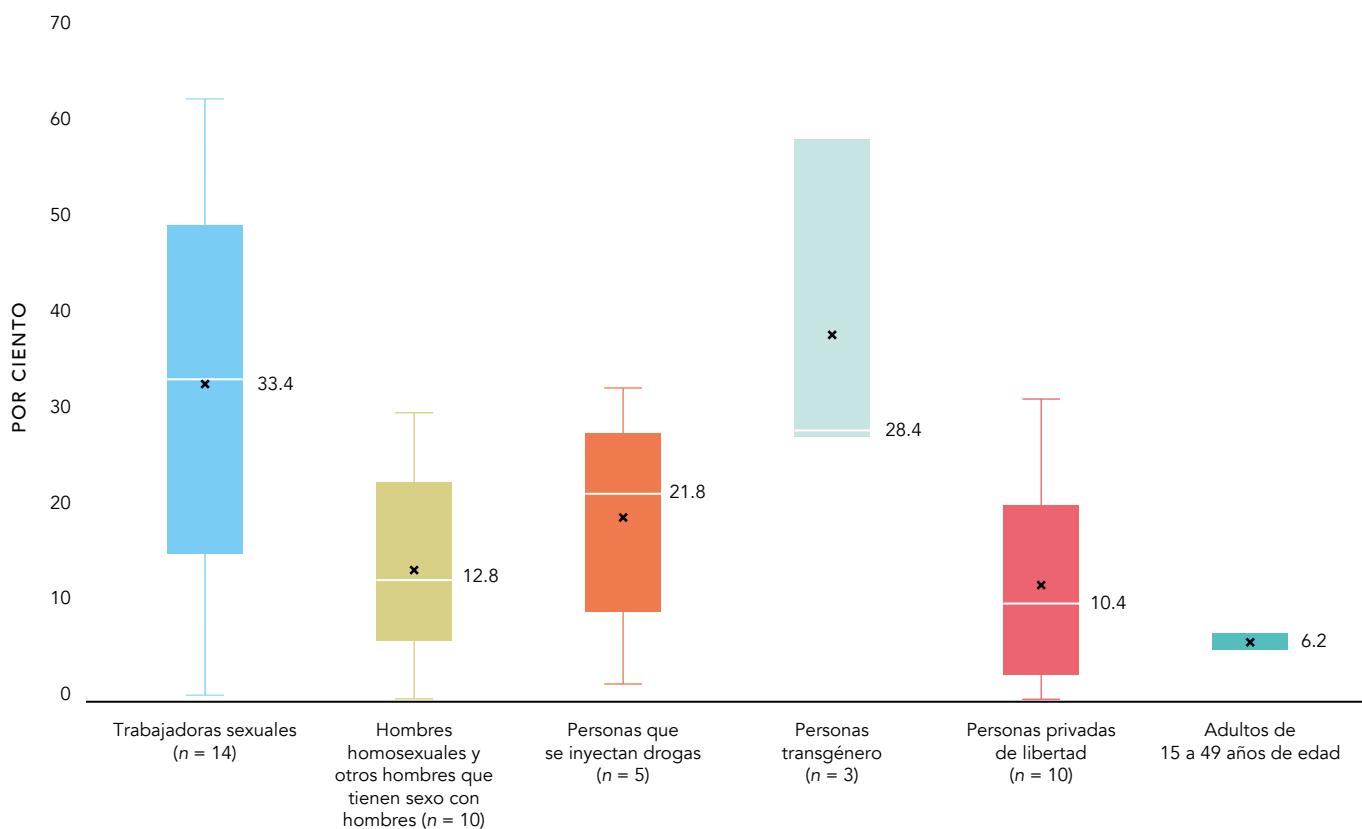
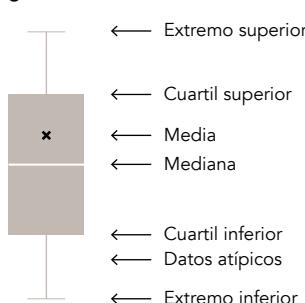
ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 6.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, África oriental y meridional, 2000-2021

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 6.2 Distribución de la adquisición de nuevas infecciones por VIH por población y sexo (de 15 a 49 años de edad), África oriental y meridional, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 6.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave, países informantes en África oriental y meridional, 2017-2021**¿Cómo leer?**

La mediana de la prevalencia del VIH entre los países que informaron estos datos en África oriental y meridional fue:

33.4% entre trabajadoras sexuales.

12.8% entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

21.8% entre las personas que se inyectan drogas.

28.4% entre las personas transgénero.

10.4% entre las personas privadas de libertad.

La prevalencia estimada del VIH entre adultos (de 15 a 49 años) es del **6.2% [5.5–6.9%]**.

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 21.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 6.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones claveS, África oriental y meridional, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Comoras	450 000									
Suazilandia	600 000	7100		4000	0.68%				46 800	7.94%
Kenia	25 700 000	197 000	0.79%				4400			
Lesoto	1 000 000	7500		6100						
Madagascar	14 000 000									
Malawi	9 200 000	36 100	0.41%				1000		14 200	
Namibia	1 300 000	3900		2200						
Ruanda	6 600 000	13 700	0.23%	5900						
Seychelles	99 000							280		0.29%
Sudáfrica	32 000 000	146 000	0.46%	310 000	0.98%		179 000	0.56%	166 000	0.53%
Sudán del Sur	6 500 000	8400								
Uganda	20 700 000									
República Unida de Tanzania	28 200 000									
Zambia	10 500 000							22 400		0.21%
Zimbabue	8 200 000			23 300				20 100		0.25%
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:			0.55%	0.73%			-	-	-	-

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
■ DATOS INSUFICIENTES

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
■ NO HAY DATOS

^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022; Perspectivas de la población mundial 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población; 2019 (datos personalizados adquiridos a través del sitio web).

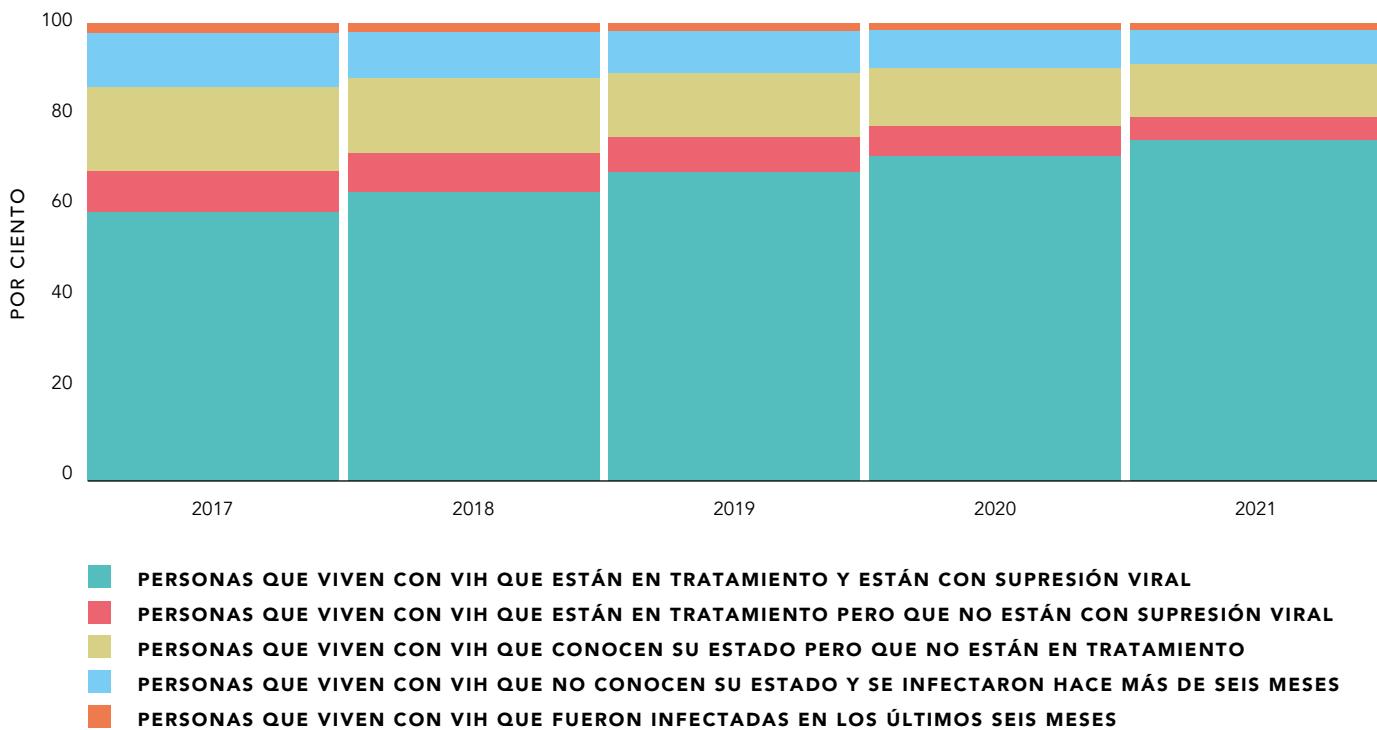
Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de las Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

- Namibia: Windhoek.
- Lesoto: Buthe Buthe, Leribe, Mafeteng y Maseru.
- Malawi (personas transgénero): Blantyre, Lilongwe, Mzuzu, Chikwawa y Nkhotakota; Blantyre, Chikwawa, Chitipa, Dedza, Karonga, Kasungu, Lilongwe, Mangochi, Mulanje, Mzimba, Mzuzu, Nkhata Bay, Nkhata Ntcheu, Ntchisi, Nsanje, Rumphi, Thyolo y Zomba (prisioneros).
- Ruanda: Kigali.
- Sudán del Sur: Wau y Yambio.
- Zimbabue: Bulawayo y Harare.

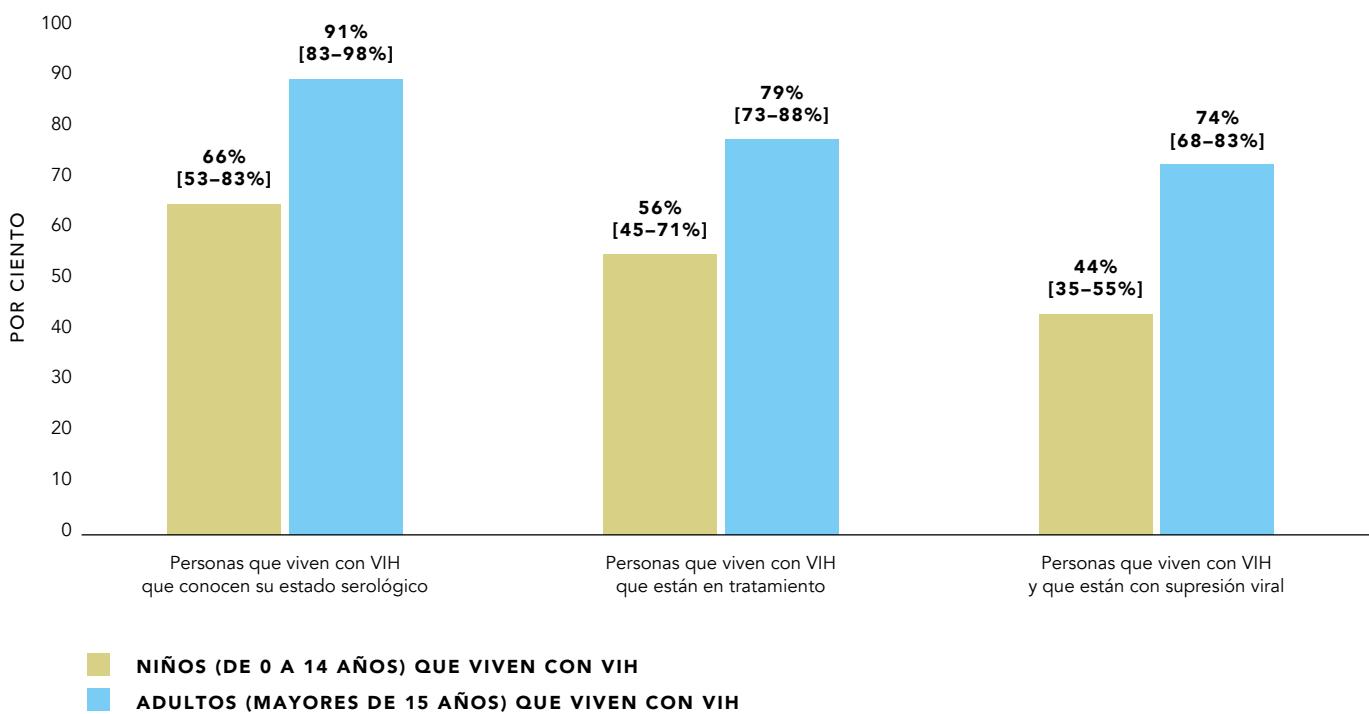
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 6.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), África oriental y meridional, 2017-2021



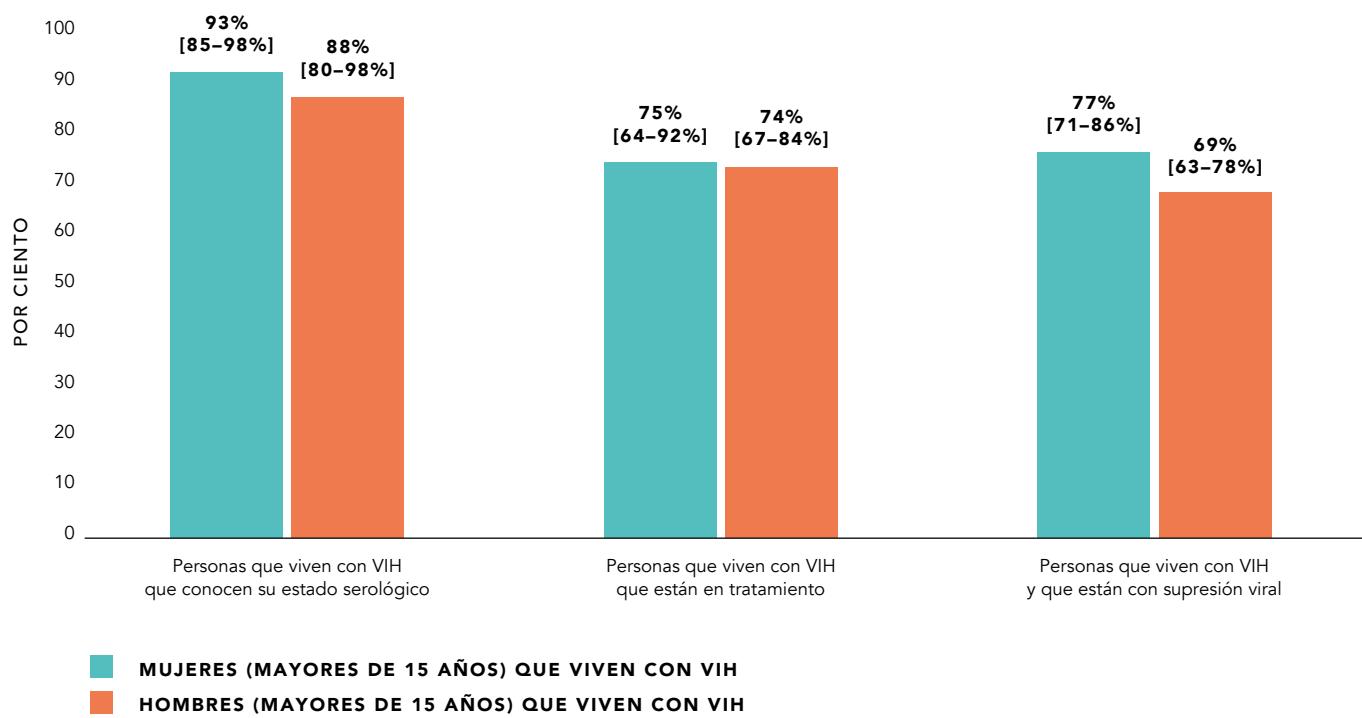
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 6.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), África oriental y meridional, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 6.6 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), África oriental y meridional, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 6.2 tabla de puntuación de leyes y políticas, África oriental y meridional, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Angola	5	6	13	17	1		22	3
Botsuana	2	2	2	2	1		2	3
Comoras	1	1	2	2	1		2	1
Eritrea		1	2	18	1			1
Suazilandia	2	7	2	1	1		1	1
Etiopía	4	3	1	2	2		23	2
Kenia	1	1	14	1	2		1	1
Lesoto	3	8	1	19	3		24	3
Madagascar	2	9	2	2	2		2	2
Malawi	1	1	1	1	1		1	1
Mauricio	3	3	13	3	1		2	3
Mozambique	3	3	1	3	3		25	3
Namibia	3	10	15	20	1		26	2
Ruanda	1	11	1	1	1		27	1
Seychelles	1	1	1	1	1		1	1
Sudáfrica	1	1	1	1	1		1	1
Sudán del Sur	3	1	16	1	1		3	1
Uganda	1	1	1	1	1		1	1
República Unida de Tanzania	1	1	1	1	1		28	1
Zambia	1	12	1	2	1		1	1
Zimbabue	1	1	1	1	29		1	1

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Pena de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

	LEYES DE PROTECCIÓN				
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Angola					3
Botsuana	2	2	2	2	2
Comoras		2	2		2
Eritrea					
Suazilandia	1	1		1	1
Etiopía	2				4
Kenia	1	1	2	1	1
Lesoto					3
Madagascar	1	2	2	2	1
Malawi	1	2	2	1	1
Mauricio	3				3
Mozambique	3				3
Namibia	2				3
Ruanda	1	1	1	1	1
Seychelles	1	1	1	1	1
Sudáfrica	1	1	1	1	1
Sudán del Sur	1			1	3
Uganda	1	1	1	1	1
República Unida de Tanzania	1	1	1	1	1
Zambia	1	1	1	1	1
Zimbabue	1	1	1	1	1

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas.

1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Angola. Código Penal. Artículo 189 (https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf).
6. Angola. Código Penal. I Serie, número 179. 11 Nov 2020 (<https://gazettes.africa/archive/ao/2020/ao-government-gazette-dated-2020-11-11-no-179.pdf>).
7. Suazilandia. Ley sobre delitos sexuales y violencia doméstica. 2018. Artículos 13–18; Suazilandia. Ley de delitos 61 de 1889. Artículo 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Crimes-Act-61-of-1889.pdf>); Compromisos nacionales e Instrumento de Política, 2022.
8. Lesoto. Ley del Código Penal (No 6 de 2012), 2010. Artículo 55 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ls/ls022en.pdf>).
9. Madagascar. Código Penal Artículo 334bis subsección 9 (<http://www.justice.mg/wp-content/uploads/textes/1TEXTES%20NATIONAUX/DROIT%20PRIVE/les%20codes/CODE%20PENAL.pdf>).
10. Namibia. Artículos 2 y 5 de la Ley de lucha contra las prácticas inmorales de 1980 (<https://commons.laws.africa/akn/na/act/1980/21/eng@2019-01-30.pdf>).
11. Ruanda. Ley Orgánica que instituye el Código Penal. Sección 4 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf).
12. Zambia. Artículo 178a del Código Penal (<http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Penal%20Code%20Act.pdf>); Compromisos nacionales e Instrumento de Política, 2022.
13. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
14. Kenia. Código Penal, sección 163–165 (<http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP%2063>).
15. Namibia. Artículo 299 de la Ley de procedimiento penal de 2004 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/implementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal%20Procedure%20Act%20\(Act,Gazette%20on%202024%20December%202004\)](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/implementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal%20Procedure%20Act%20(Act,Gazette%20on%202024%20December%202004))).
16. Sudán del Sur. Artículo 248 del Código Penal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ss/ss014en.pdf>).
17. Angola. Artigo 23 lei sobre tráfico y consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores 1999 (<https://gazettes.africa/archive/ao/1999/ao-government-gazette-dated-1999-08-06-no-32.pdf>).
18. Eritrea. Código Penal del Estado de Eritrea, 2015. Artículo 395 (<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101051/121587/F567697075/ERI101051%20Eng.pdf>).
19. Lesoto. Ley de 2008 sobre drogas ilícitas (<https://www.lesothotradeportal.org.ls/kcfinder/upload/files/DRUGS%20OF%20ABUSE%20ACT%202008.pdf>).
20. Centro de Abuso y Dependencia Productora de Sustancias y Rehabilitación 41 de 1991.
21. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
22. Angola. Protocolo Servicos de Testagem para o VIH, 2017 (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf).
23. Etiopía. Directrices para la prueba del VIH, 2007 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125384.pdf).
24. Lesoto. Ley de protección y bienestar de los niños, 2011. Sección 233.
25. Mozambique. Ley 19/2014 Lei de Proteccao da Pessoa, do Trabalhador e Do Candidato a Emprego vivendo con VIH e SIDA. Artículo 26 (http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang--en/index.htm).
26. Namibia. Directrices nacionales para el tratamiento antirretroviral, 2016.
27. Directrices nacionales para la prevención y el tratamiento del VIH y las ITS. Edición 2016. Centro Biomédico de Rwanda, Ministerio de Salud de la República de Rwanda; 2016 (https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/guide/SIGNED%20ENGLISH%20202016%20VERSION.pdf).
28. República Unida de Tanzania. Directrices nacionales para el tratamiento del VIH y el sida. Programa Nacional de Control del sida; 2022 (<https://nacp.go.tz/download/national-guidelines-for-the-management-of-hiv-and-aids-april-2019/>).
29. Zimbabue. Ley sobre matrimonios de 2022 (Código Penal de https://www.veritasim.net/sites/veritas_d/files/MARRIAGES%20ACT%20%20No.%20201%20of%202022.pdf); artículo 79 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72803/74195/F858899812/ZWE72803.pdf>).

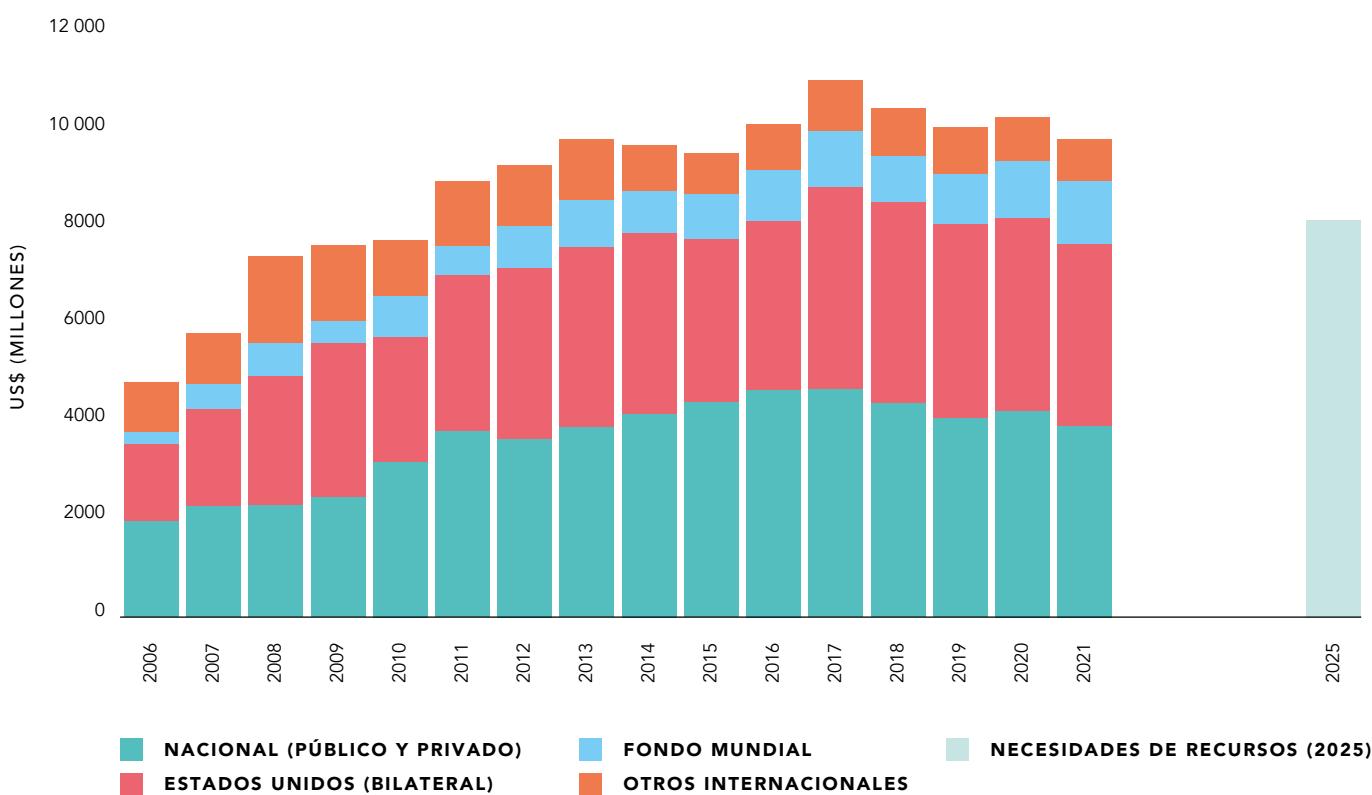
INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

El África oriental y meridional ha tenido éxito tanto en la movilización de recursos como en la reducción de nuevas infecciones y la mortalidad relacionada con el sida. Sin embargo, a pesar de los recientes aumentos en los recursos anuales, se produjo una disminución del 5% en los recursos anuales para el VIH en la región en el 2021 (Figura 6.7). El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) aportaron el 38% y el 13% de los recursos regionales, respectivamente; el 40% de los recursos se movilizaron de fuentes nacionales.

A pesar del éxito en la movilización de recursos, el porcentaje de los recursos nacionales fue del 22% del total. Según los datos más recientes sobre el gasto interno, cinco países aumentaron los recursos públicos internos para el VIH durante los últimos cinco años, mientras que nueve países redujeron el gasto público. El 10% del total de los recursos relacionados con el VIH se asignaron a intervenciones de prevención en la región. El porcentaje del gasto en VIH asignado a poblaciones clave fue muy baja (2%) y sigue dependiendo de los recursos internacionales.

En comparación con las necesidades anuales de recursos para el 2025, había suficientes recursos disponibles en el 2021. La región tendrá que hacer hincapié en la eficiencia de asignación para las intervenciones más eficientes, aumentar los recursos de fuentes nacionales e internacionales para las poblaciones clave y grupos vulnerables, y mejorar los procesos de eficiencia técnica para utilizar eficientemente los recursos disponibles.

FIGURA 6.7 Disponibilidad de recursos para el VIH, África oriental y meridional, 2006-2021, y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.



Se estima que 80 000 personas participaron en la carrera Kabaka Birthday Run 2022, un evento anual con el tema "Hombres para una buena salud y acabar con el sida para el 2030". Bunda, Uganda, julio de 2022.

PERFILES REGIONALES

ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL



El VIH sigue teniendo un gran impacto en la salud y el bienestar en África occidental y central, con 5 millones [4.5 millones–5.6 millones] de personas que viven con VIH a finales de 2021. La región tiene la tercera carga más alta de personas que viven con VIH en el mundo, con cinco países que representan aproximadamente dos tercios de todas las personas que viven con VIH en la región.¹

Se han logrado importantes progresos regionales hacia el objetivo de acabar con el sida: el número de nuevas infecciones por VIH en todas las edades disminuyó un 43% entre el 2010 y 2021, con disminuciones más rápidas entre los hombres (49% de disminución) que entre las mujeres (38% de disminución). La tasa de incidencia es más de tres veces mayor entre las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que entre los hombres de la misma edad. Desde el 2010, la disminución de las nuevas infecciones por VIH ha sido mucho más rápida entre los niños adolescentes y los hombres jóvenes (56%) que entre las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes (39%). Las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 74% de las nuevas infecciones por VIH en el 2021.

Las respuestas al VIH en algunos países están dando mejores resultados, pero el progreso hacia la erradicación del sida sigue siendo insuficiente debido a una combinación de factores, entre ellos la insuficiente voluntad política, los sistemas de salud frágiles, el escaso apoyo a las organizaciones comunitarias, las leyes punitivas y la dependencia continua de las tarifas de los usuarios por los servicios de salud. Muchos países y comunidades de la región son frágiles y se ven afectados por conflictos, inseguridad y crisis humanitarias. Los efectos económicos y sociales de la pandemia de COVID-19 representan cargas adicionales de las que la respuesta regional al VIH aún no se ha recuperado plenamente.

Los avances programáticos han sido insuficientes para satisfacer la necesidad regional de servicios de VIH centrados en las personas. Debido a marcos legales punitivos y entornos sociales hostiles, muchas poblaciones clave desconfían de los servicios estándar de pruebas y tratamiento. La escasez de servicios relacionados con el VIH y de servicios de salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta las cuestiones de género, y la consiguiente falta de integración plena de los servicios existentes, contribuyen a la carga desproporcionada de la epidemia sobre las mujeres y las niñas.

¹ Los cinco países son Camerún, Costa de Marfil, Ghana, Nigeria y la República Democrática del Congo.

La región continúa avanzando hacia los objetivos 95–95–95. En el 2021, el 80% de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico respecto al VIH, el 98% de las personas que conocían su estado serológico accedían al tratamiento (el 78% de todas las personas que vivían con VIH) y el 88% de las personas en tratamiento tenían una carga viral suprimida (el 69% de todas las personas que viven con VIH). Los avances recientes se reflejan en la expansión de modelos diferenciados de prestación de servicios que han ayudado a mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a los servicios, pero los niños que viven con VIH se están quedando atrás: sólo el 35% tenía acceso a la terapia antirretroviral en el 2021.

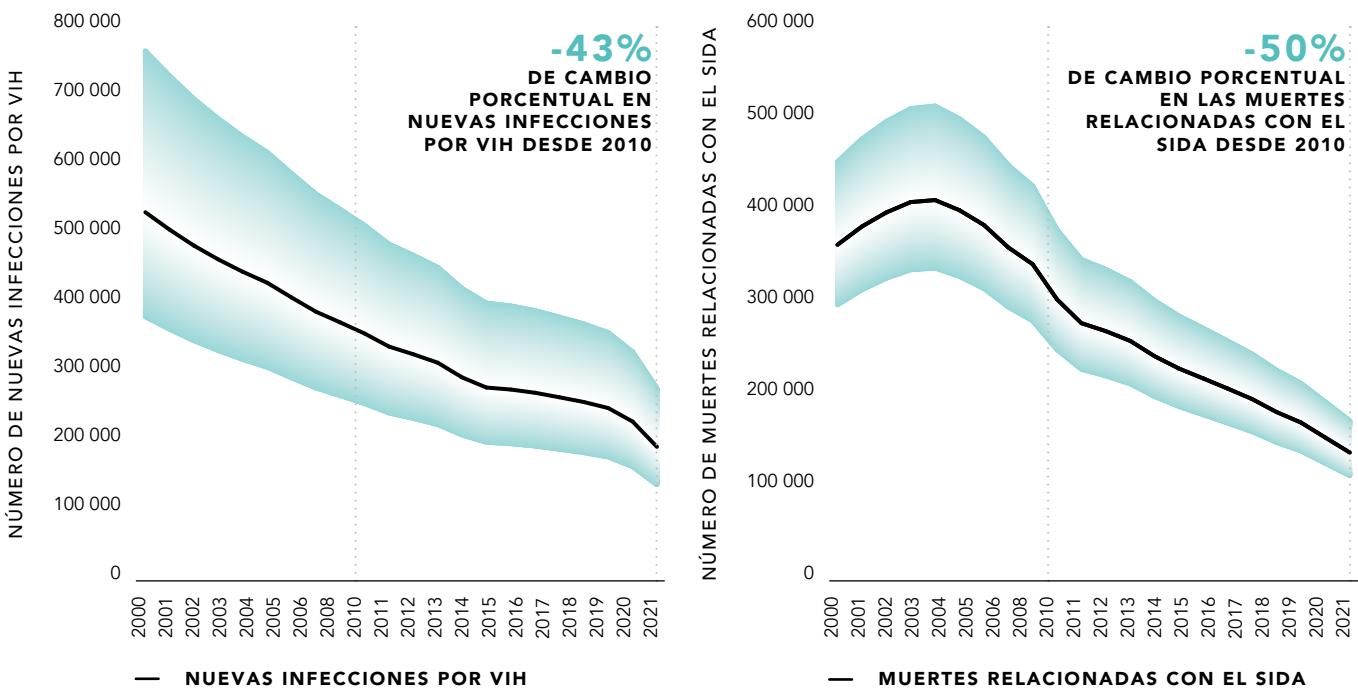
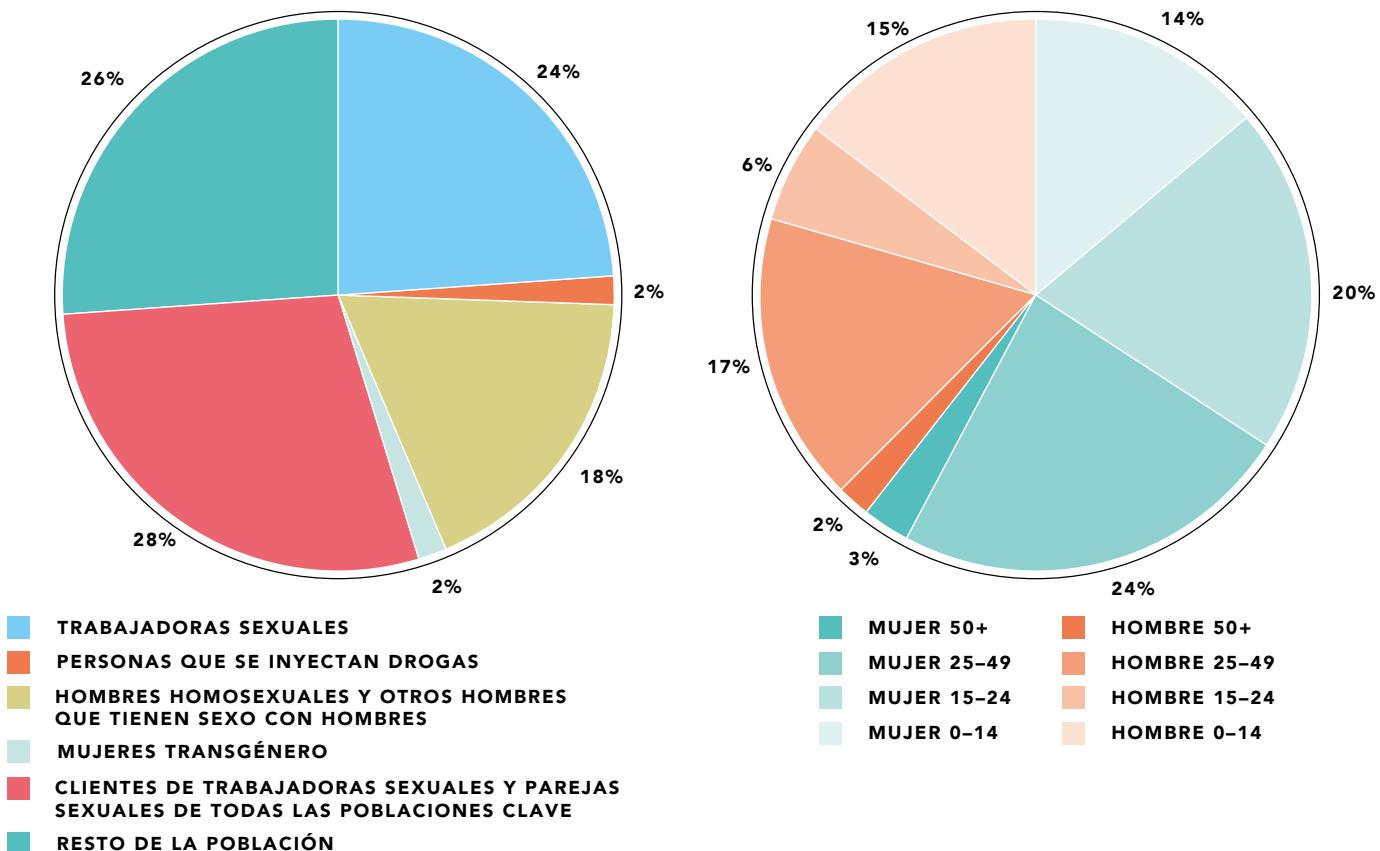
Se necesitan más esfuerzos para convertir estos avances en respuestas estructurales y hacer de África occidental y central una región verdaderamente transformadora. Esto puede hacerse abordando las desigualdades que aumentan la vulnerabilidad, disminuyen el acceso a los servicios y empeoran las disparidades relacionadas con el VIH. Bajo el liderazgo del Gobierno del Senegal, la Cumbre de Alto Nivel de Dakar celebrada en noviembre de 2021, llamó a “reinventar la respuesta a la pandemia del VIH” y muestra un compromiso político renovado con la respuesta al VIH (1).

74%

DE LAS NUEVAS INFECCIONES
POR VIH EN EL 2021 SE
PRODUJERON ENTRE LAS
POBLACIONES CLAVE Y SUS
PAREJAS SEXUALES

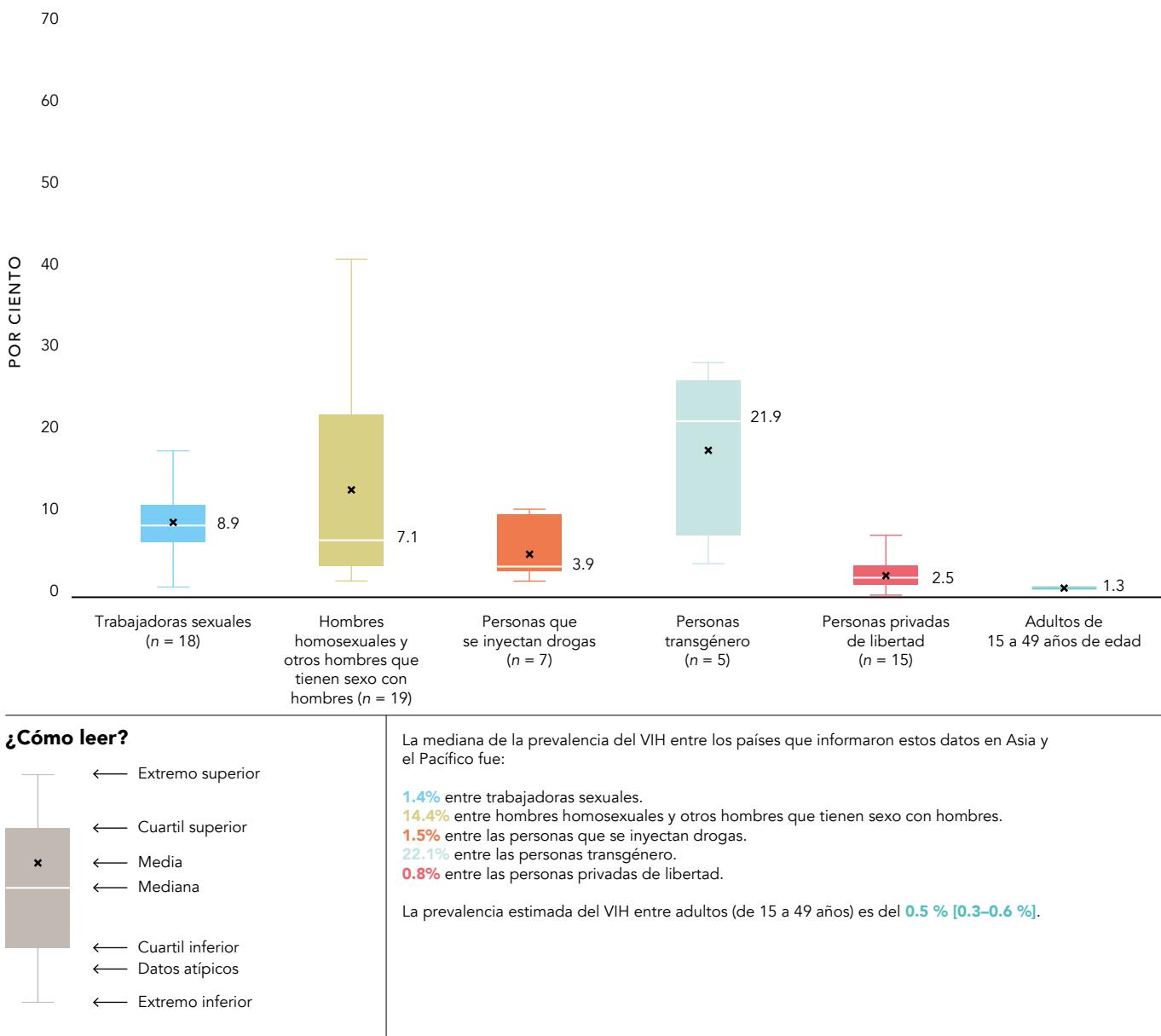


ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 7.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, África occidental y central, 2000-2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**FIGURA 7.2** Distribución de adquisición de nuevas infecciones por VIH por población y sexo (de 15 a 49 años de edad), África occidental y central, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 7.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años), países informantes en América Latina, 2017-2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 25.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 7.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, África occidental y central, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas transgénero	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Benín	5 900 000									
Burkina Faso	10 000 000								5 000	0.05%
Camerún	13 300 000									
República Centroafricana	2 300 000	3900		3000						
Chad	7 700 000	33 800		8200	710					
Costa de Marfil	13 300 000			56 000		660		42 400	0.33%	
República Democrática del Congo	51 000 000	350 000	0.76%		156 000	0.34%		36 700	0.07%	
Gambia	1 200 000	4700		1700				710	0.06%	
Guinea	6 500 000	26 600	0.41%	27 400	0.42%					
Malí	9 300 000	18 100		4100		5600		500		
Mauritania	2 100 000	8500		7600						
Níger	10 600 000									
Nigeria	105 000 000				326 000	0.32%		70 800	0.07%	
Senegal	8 100 000			52 500	0.67%			11 000	0.14%	
Sierra Leona	4 000 000	11 500		3200		7600		1100		
Togo	4 100 000	29 400	0.72%						5100	0.13%
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:			1.50%		0.64%		0.09%	0.09%		-

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
■ DATOS INSUFICIENTES

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
■ NO HAY DATOS

^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Source: UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2022.

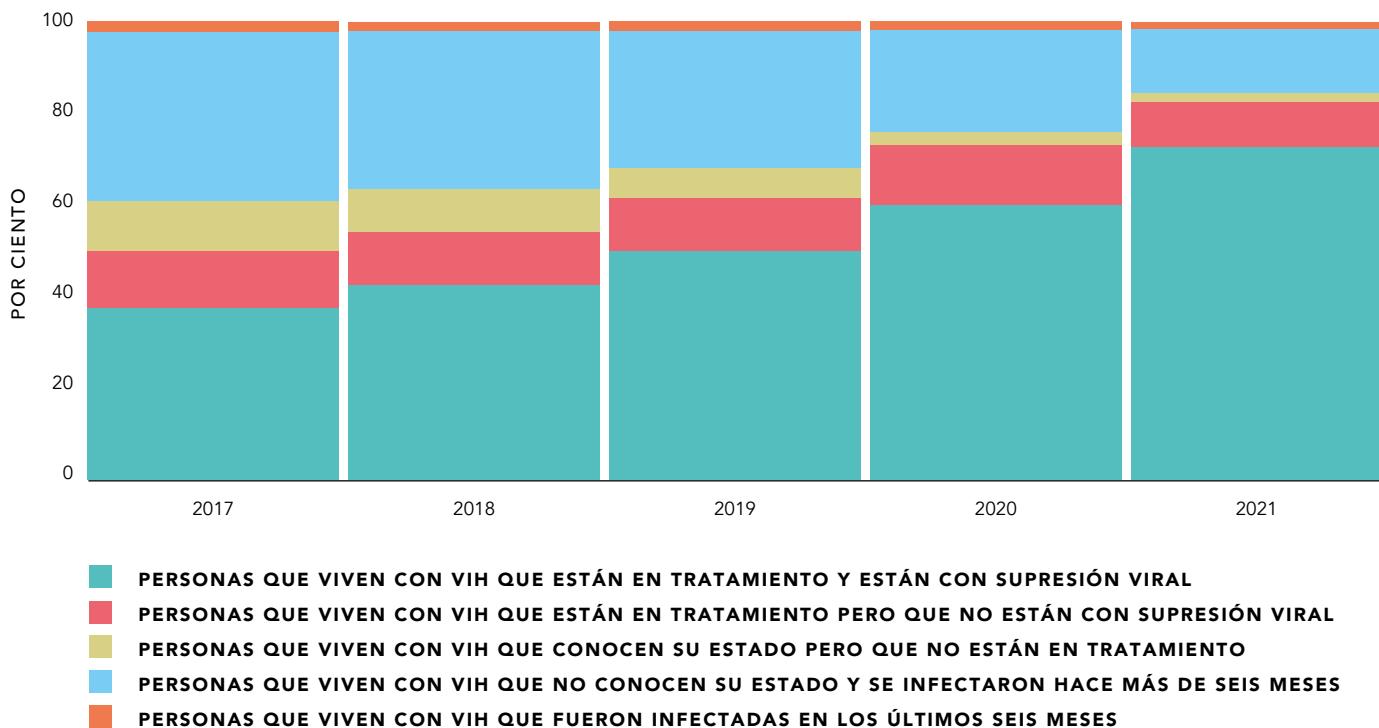
Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022; Perspectivas de la población mundial 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población; 2019 (datos personalizados adquiridos a través del sitio web).

Nota: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

- República Centroafricana: Capitale (Bangui), Préfectures (Berberati y Bouar), Sous-préfétures (Boali y Carnot).
- Chad: Ati/Oum-Hadjer N'Djaména Moundou Doba Koumra Bongor Sarh Abéchém (trabajadoras sexuales); Abéché N'Djaména Ati Oum-Hadjer Sarh Bongor Moundou Koumra (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); 11 ciudades (personas que se inyectan drogas). Costa de Marfil: Abengourou, Abidjan, Bouaké, Divo, Gagnoa, Issia, Korhogo, Man, Ouangolo, San-Pédro y Yakro (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); Bouaké, San-Pédro y Yamoussoukro (personas que se inyectan drogas); Abiyán (personas transgénero).
- Gambia: Banjul.
- Malí: Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Séguo y Sikasso (trabajadoras sexuales); Bamako, Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Séguo y Sikasso (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); District de Bamako et les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Séguo et Mopti (personas que se inyectan drogas); Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso; Séguo et Mopti (personas transgénero).
- Mauritania: Las seis ciudades más grandes del país.
- Sierra Leona: Bombali (Norte), Bo (Sur), Kenema (Este), Port Loko (Noroeste), Western Rural y Western Urban (trabajadores sexuales, personas que se inyectan drogas y personas transgénero); Bombali (Norte), Bo (Sur), Kenema (Este), Kono (Este), Port Loko (Noroeste), Western Rural y Western Urban (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres).

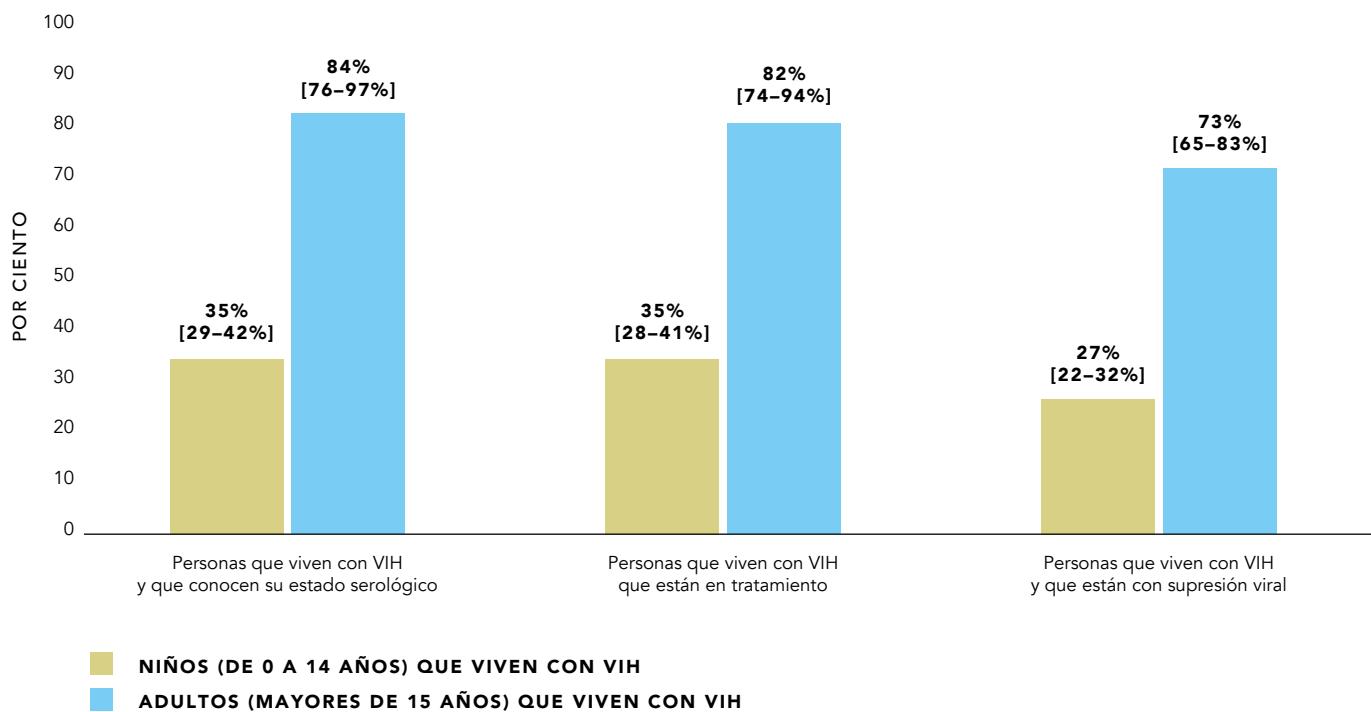
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 7.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), África oriental y meridional, 2017-2021



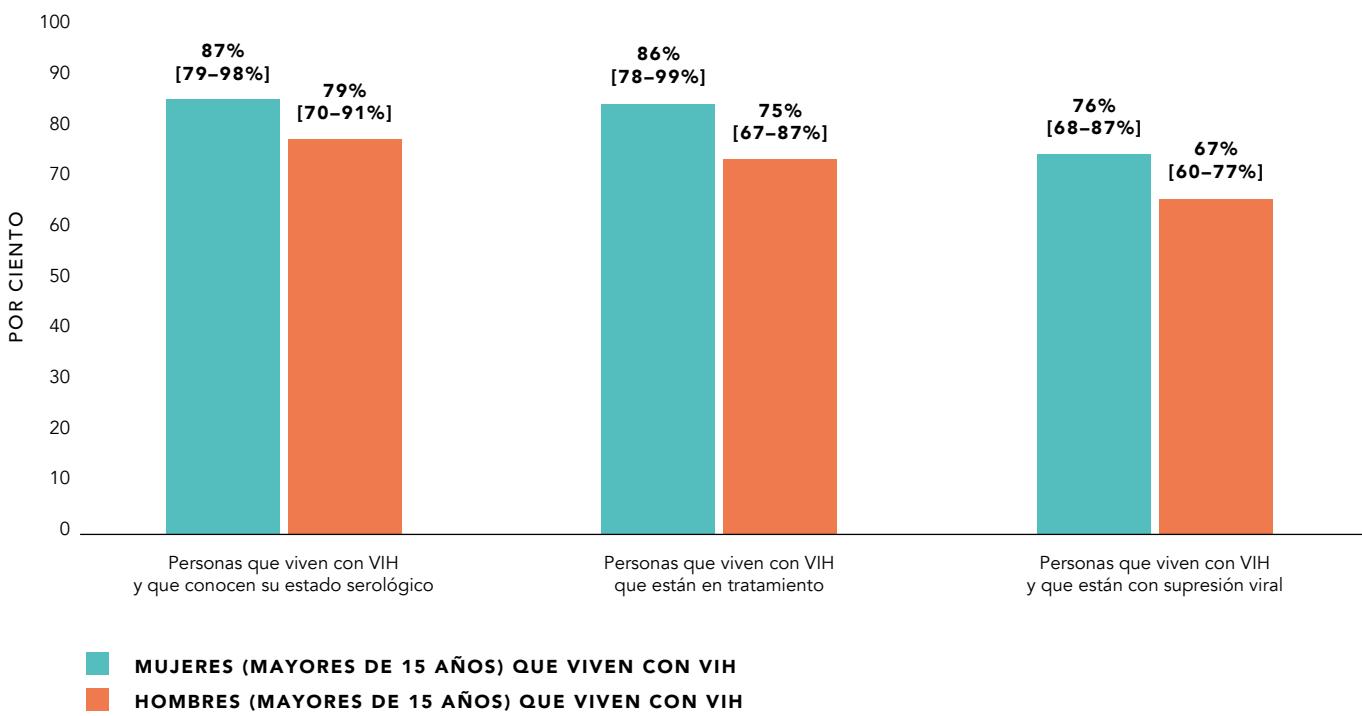
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 7.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), África occidental y central, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 7.6 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), África occidental y central, 2021



Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 7.2 Tabla de puntuación de leyes y políticas, África occidental y central, 2022

	LEYES PUNITIVAS								
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruetas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos	
Benín	1	1	1	1	1		3	1	
Burkina Faso	1	6	1	1	1		1	1	
Burundi	5	11	18		23		4	4	
Cabo Verde		13	18		23				
Camerún	1	1	1	1	1		25	1	
República Centroafricana	1	7	1	1	1		1	31	
Chad	1	8	1	1	1		26	1	
Congo	3	3	3	3	3		3	3	
Costa de Marfil	1	1	1	1	1		1	1	
República Democrática del Congo	3	3	18		22		29	3	
Guinea Ecuatorial	2	14	1		2		30	2	
Gabón	1	1	1	1	1			1	
Gambia		12	18	19	22		3	2	
Ghana	1	1	1	1	1		1	1	
Guinea	1	9	15	1	1		27	1	
Guinea-Bissau	3	3	3	20	23			3	
Liberia	1	1	1	1	1		1	1	
Malí	2	10	2	2	1		28	2	
Mauritania	1	1	1	1	1		2	1	
Níger	2	1	1	1	1		1	1	
Nigeria	1	1	1	1	1		1	1	
Santo Tomé y Príncipe	3	3	3	3	3		3	3	
Senegal	1	1	16	1	1		1	1	
Sierra Leona	1	1	1	1	21		1	1	
Togo	1	1	17	1	1		1	1	

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Pena de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES DE PROTECCIÓN					
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Benín	1	2	2	1	2
Burkina Faso	1	1	1	1	1
Burundi					5
Cabo Verde					
Camerún	1	2	1	2	2
República Centroafricana	1	1	1	1	1
Chad	1	1	1	1	1
Congo	3				3
Costa de Marfil	1	1	1	1	1
República Democrática del Congo					3
Guinea Ecuatorial	2	2	2		2
Gabón	1		1		3
Gambia					
Ghana	1	1	1	1	1
Guinea	1	2	2		2
Guinea-Bissau	3				3
Liberia	1	1	1	1	1
Malí	2	2	2		2
Mauritania	2			2	2
Níger	1	1	1	1	1
Nigeria	1	1	2	2	2
Santo Tomé y Príncipe	3				3
Senegal	1	1	1	1	1
Sierra Leona	1	1	1	1	1
Togo	1	1	1	1	1

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS
<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO
<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas..

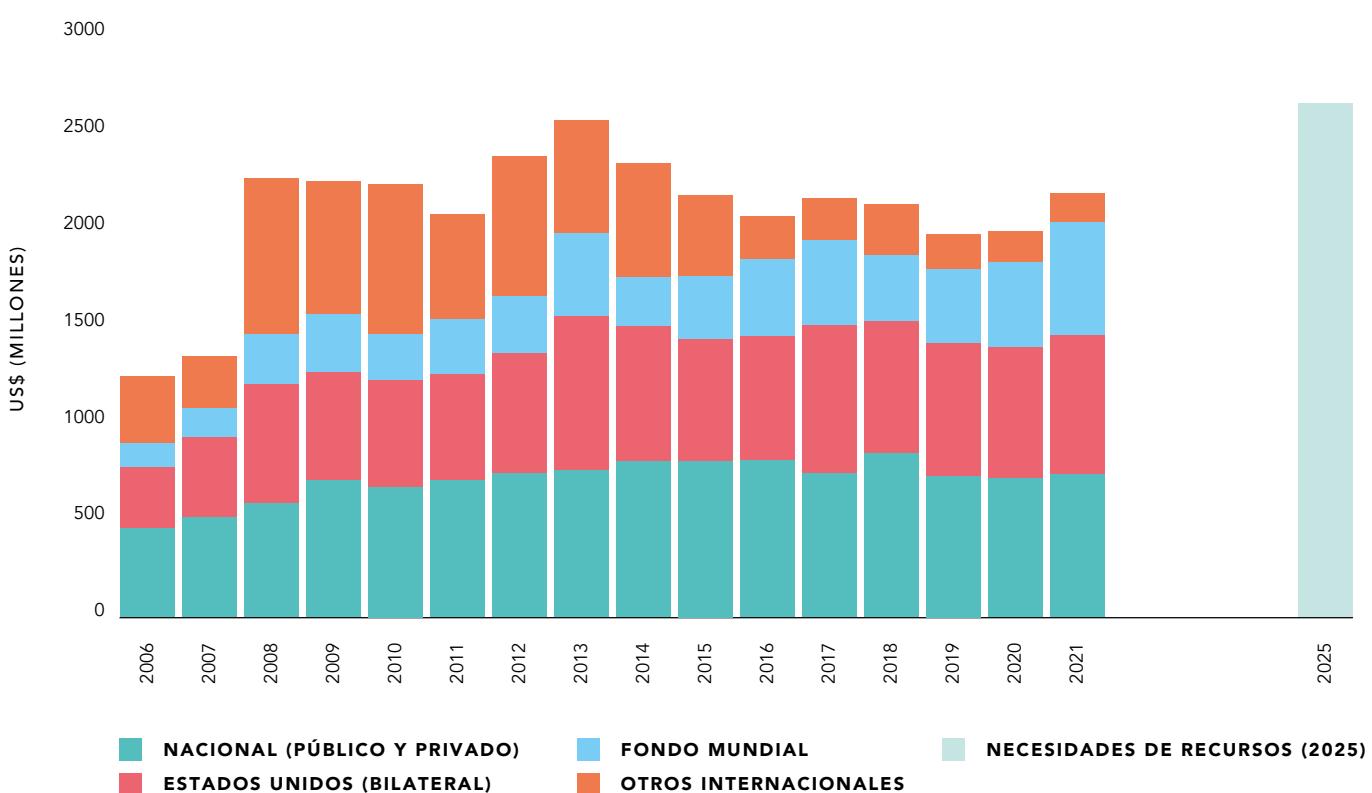
1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Burkina Faso. Loi no 025-2018, Artículo 533-20 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>); Burkina Faso. Código Penal 2019, artículo 533-20.
7. República Centroafricana. Artículo 90 del Código Penal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cf/cf003fr.pdf>).
8. Chat. Código Penal 2017, artículos 351, 335 y 336 (<https://www.droit-afrigue.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>).
9. Guinea. Código Penal, artículos 346 y 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
10. Malí. Código Penal, artículo 179 (<https://wipolex.wipo.int/en/text/193676>).
11. Burundi. Código Penal, artículos 548, 539–546 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%C3%A9nali%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%C3%A9nali%20du%20Burundi%20.pdf)).
12. Mauritania. Ley del Código Penal, párrafo <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf> del artículo 253.
13. Cabo Verde. Código Penal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
14. Guinea Ecuatorial. Código Penal, artículo 452 bis (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963/view>).
15. Guinea. Código Penale, apartado <https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html> del artículo 274.
16. Senegal. Código Penal, artículo 319 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf>).
17. Togo. Código Penal, artículos 392 y 393 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104616/127692/F-194593081/TGO-104616.pdf>).
18. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
19. Gambia. Ley de fiscalización de drogas (2003), párrafo <http://www.dleag-gambia.org/en/article/drug-laws> del artículo 35.
20. Guinea-Bissau. Decreto-Lei nº 2-B, de 28 de Outubro de 1993 (<https://fecongd.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf>).
21. Sierra Leona. Ley de la Comisión Nacional del VIH y el sida de 2011 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/94292/110645/F-1423921567/SLE94292%20Eng.pdf>).
22. Bernard EJ, Cameron S. Avanzando la justicia sobre el VIH 2. Generar impulso en la promoción mundial contra la criminalización del VIH. Brighton y Ámsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalization>).
23. Cameron S, Bernard EJ. Avanzar en la justicia sobre el VIH 3: Crecimiento del movimiento mundial contra la criminalización del VIH. Brighton y Ámsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2019.
24. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
25. Camerún. Directivas nacionales de prevención y de pry en charge du VIH au Cameroun, 2014 (https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Cameroon_National-Integrated-HIV-Guidelines2014.pdf).
26. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 de noviembre de 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Artículo 10 y párrafo https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf del artículo 21.
27. Guinea. Artículo 22a, Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG relatif à la Prévention, la prise en charge et le Contrôle du VIH / sida en République de Guinée (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/110861/138035/F369965148/GIN-110861.pdf>).
28. Malí. NORMES et Procédures des Services de Dépistage du VIH au Mali: Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, 2017.
29. República Democrática del Congo. Artículo 37 Loi n° 18/012 du 09 juillet 2018 modifiant et complétant la loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées (<https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/fr/resource/loi-n18012-du-09-juillet-2018-modifiant-et-completant-la-loi-n-08011-du-14-juillet-2008-portant-protection-des-droits-des-personnes-vivant-avec-le-vihsida-et-des-personnes-affectees/>).
30. Guinea Ecuatorial. Artículo 25 Ley N 3/2005 de fecha 9 de mayo sobre la prevención y la lucha contra las infecciones de transmisión sexual/VIH SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas.
31. República Centroafricana. Ley n° 06,030 de 2006 que establece los derechos y obligaciones de las personas que viven con el VIH/SIDA.

INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

En el 2021, hubo un aumento anual del 9% en los recursos totales para el VIH en la región (Figura 7.08). El aumento fue impulsado principalmente por los desembolsos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), que aumentaron los recursos en un 24% y un 6%, respectivamente. A pesar del aumento anual en el 2021, los recursos totales para el VIH son un 2% inferiores a los recursos para el VIH en el 2010. Cuando se comparan las necesidades anuales estimadas de recursos para el 2025 y la disponibilidad en el 2021, hay una brecha de financiamiento del 22% en la región.

La movilización de recursos internos también es motivo de preocupación. Si bien los recursos internos aumentaron un 3% en el 2021, los recursos anuales de fuentes internas fueron un 13% más bajos en el 2021 que en el 2018. Tanto los recursos externos como los internos deben crecer para poder cumplir los objetivos para el 2025, y habrá que fortalecer la financiación de los programas de prevención. La participación nacional en el financiamiento de los programas de prevención en la región fue del 24%, mientras que el 33% de todos los recursos para el tratamiento provenían de recursos nacionales. En la región existe una alta dependencia de los recursos externos para los suministros antirretrovirales (81%).

FIGURA 7.7 Disponibilidad de recursos para el VIH, África occidental y central, 2010-2020, y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

REFERENCIAS

1. *Dakar Call to Reinvent the Response to the HIV Pandemic: a renewed commitment to end AIDS in West and central Africa.* Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-dakar-call_en.pdf).

PERFILES REGIONALES

ASIA Y EL PACÍFICO



Asia y el Pacífico han logrado avances importantes en la lucha contra la mayor epidemia regional fuera del África subsahariana. En el 2021, había 6 millones de personas que vivían con el VIH [4.9 millones–7.2 millones] en Asia y el Pacífico, y los efectos recaían desproporcionadamente en las comunidades más marginadas. La región sigue mejorando la cobertura de las pruebas, diagnóstico y tratamiento, así como las tasas de supresión viral entre los tratados. En el 2021, el 76% de las personas que vivían con VIH conocían su estado serológico y el 86% de las personas que conocían su estado serológico estaban accediendo al tratamiento (el 66% de todas las personas que viven con VIH). De los que estaban en tratamiento, el 91% tenía cargas virales suprimidas, lo que corresponde a que el 60% de todas las personas que viven con VIH tienen supresión viral. Se están introduciendo enfoques innovadores en toda la región, incluyendo la profilaxis previa a la exposición oral (PrEP), autopruebas del VIH e intervenciones virtuales, pero ahora se necesitan intensificar los esfuerzos para ampliar estos enfoques con el fin de abordar las grandes brechas que aún persisten en la cobertura de servicios entre las poblaciones clave.

A pesar de este progreso, varios países se enfrentan a desafíos importantes. Desde el 2010, la incidencia entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres se quintuplicó en Filipinas. El progreso en la respuesta regional se ha visto obstaculizado por el aumento de ciertos comportamientos de alto riesgo, como el consumo de drogas estimulantes. La detención obligatoria en nombre del tratamiento contra las drogas también persiste en Asia oriental y sudoriental, a pesar de las pruebas que documentan claramente los extraordinarios costos financieros y humanos de este enfoque ineficaz y contraproducente (1).

El estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos críticos para una respuesta regional eficaz contra el VIH. Los esfuerzos regionales para hacer frente al estigma y la discriminación se han visto reforzados por el establecimiento de una comunidad de prácticas en la región sobre el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y por la implementación de métodos de mejora de la calidad para las actividades de reducción del estigma y la discriminación. Se necesitan mayores esfuerzos para crear un entorno propicio para una respuesta contra el VIH centrada en los derechos humanos en la región.

La pandemia de COVID-19 resaltó el papel fundamental de las respuestas dirigidas por la comunidad para llegar a las poblaciones más vulnerables y promover la continuidad del acceso a los servicios de VIH. Sin embargo, la capacidad de las comunidades para liderar los esfuerzos para poner fin al sida se ve obstaculizada por el financiamiento inadecuado, la reducción del espacio para la participación cívica y los entornos legales y políticos punitivos, incluyendo las prácticas hostiles de aplicación de la ley. La transición de las respuestas dirigidas por la comunidad de la dependencia del financiamiento internacional a fuentes nacionales sostenibles es una prioridad regional urgente.

La pandemia de COVID-19 expuso vívidamente las insuficiencias y desigualdades en la provisión de inversiones en salud pública, y ha complicado aún más los desafíos ya sustanciales en la transición hacia un financiamiento nacional sostenible. A medida que muchos países de la región pasan de respuestas dependientes de los donantes a mayores inversiones nacionales, muchos esquemas de la Cobertura de Salud Universal excluyen a las poblaciones clave, reforzando y profundizando las desigualdades que estimulan las epidemias de VIH en toda la región (2).

Las prioridades clave en la respuesta al VIH para Asia y el Pacífico incluyen acelerar la integración de los servicios, priorizar las respuestas para las poblaciones clave (incluyendo las poblaciones clave jóvenes), incorporar y ampliar las innovaciones, mantener a las comunidades en el centro de la respuesta, implementar reformas legales y políticas y establecer las bases para un financiamiento sostenible de la respuesta.

6 MILLONES

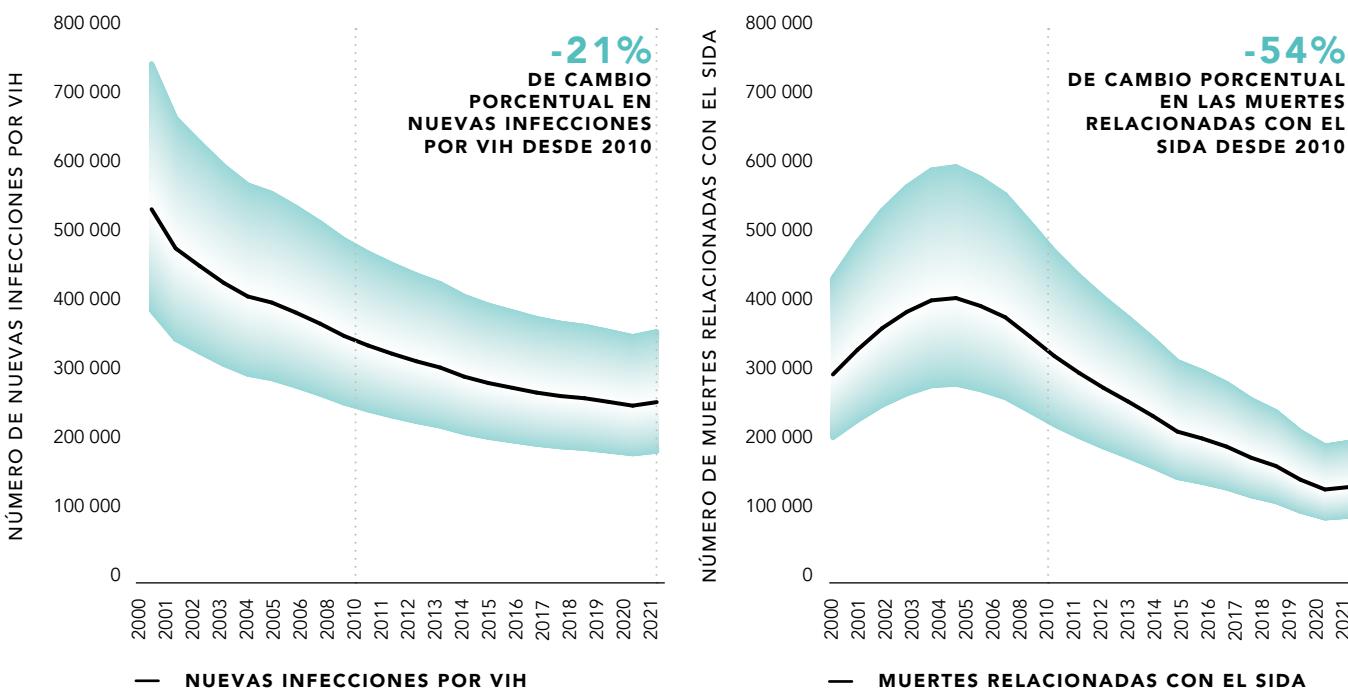
DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN LA REGIÓN DE ASIA Y EL PACÍFICO EN EL 2021

86%

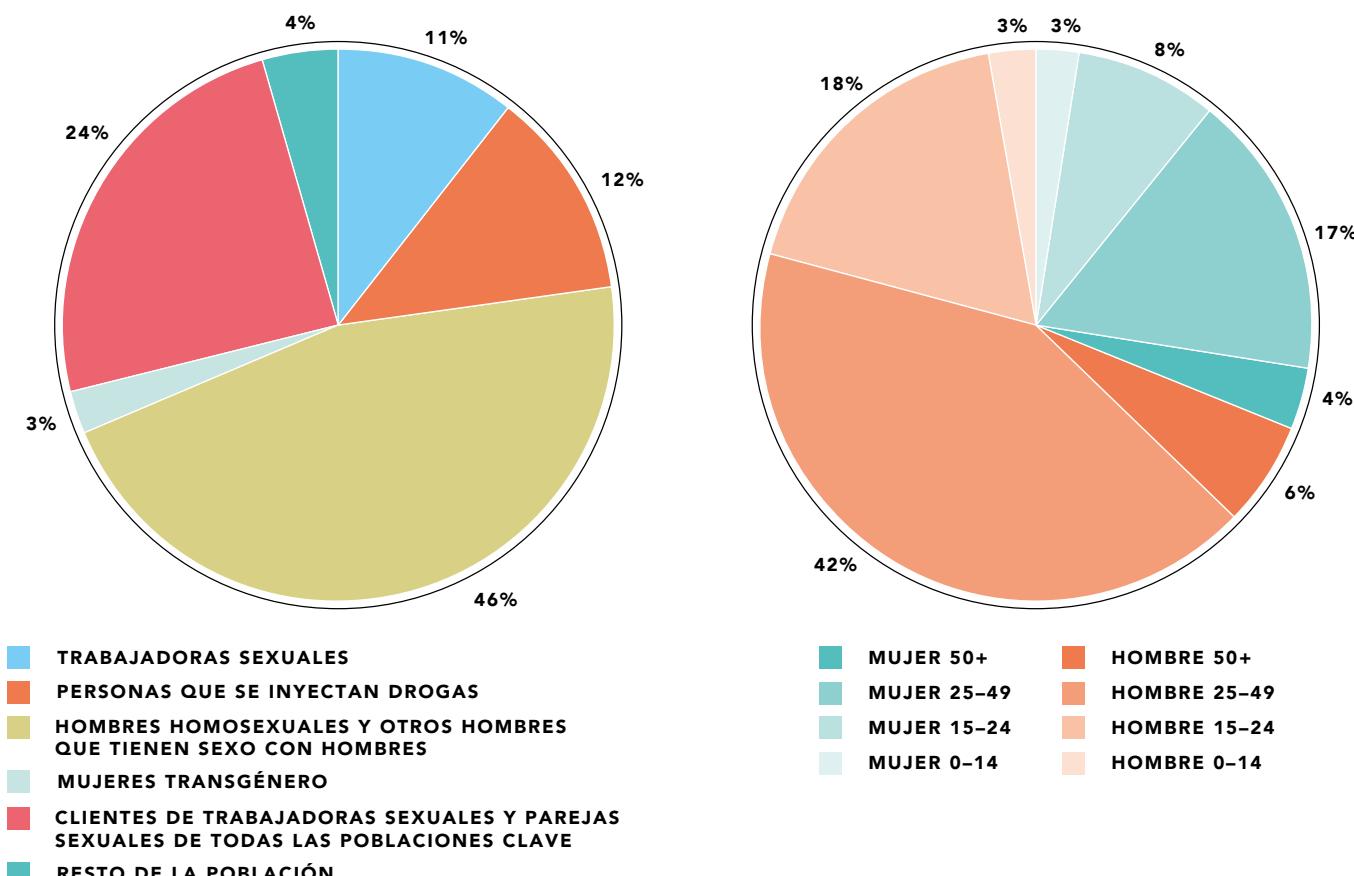
DE LAS PERSONAS QUE SABÍAN SU ESTADO VIH POSITIVO ESTABAN ACCEDIENDO AL TRATAMIENTO



ESTADO DE LA PANDEMIA

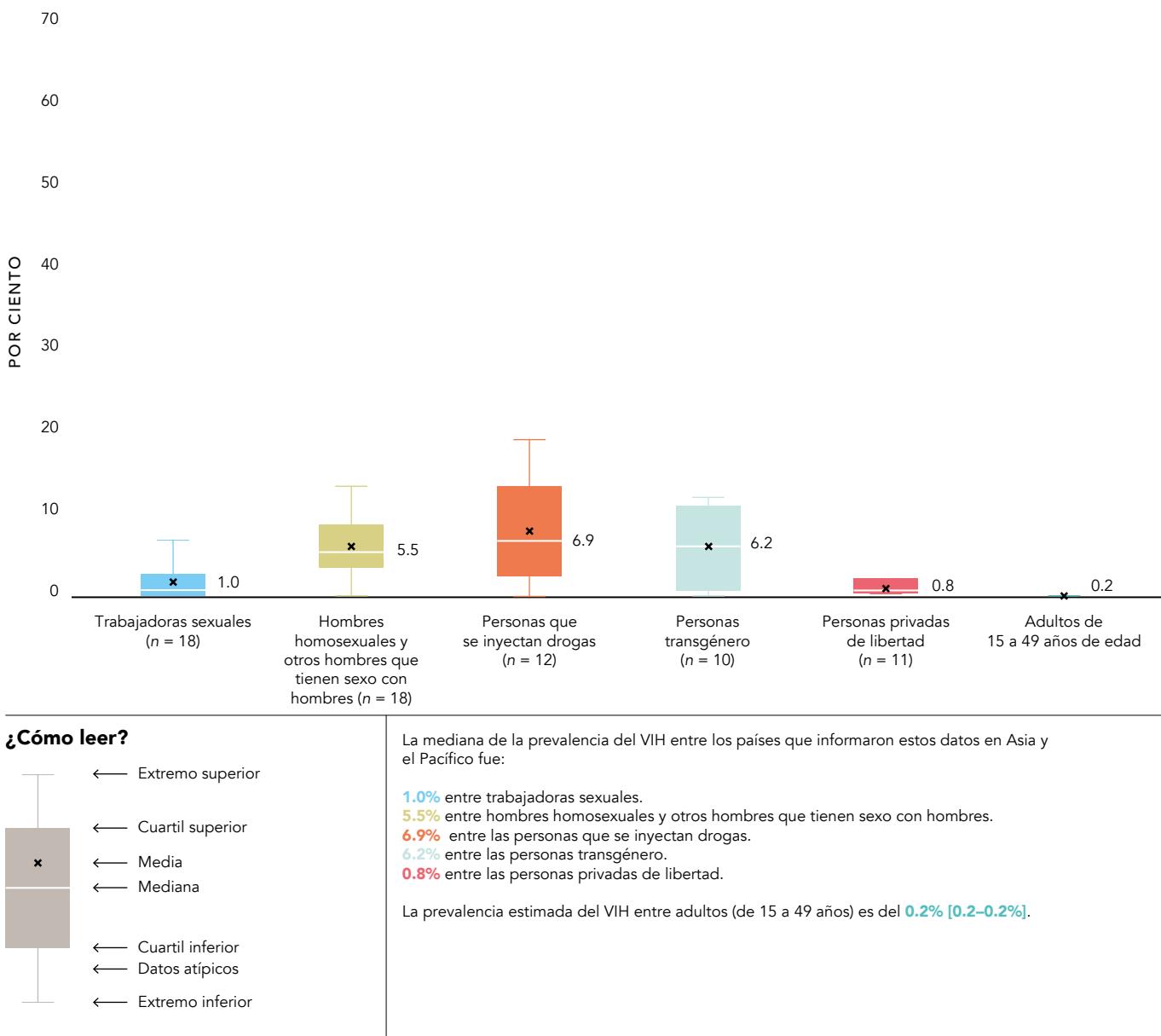
FIGURA 8.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, Asia y el Pacífico, 2000–2021

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 8.2 Distribución de adquisición de nuevas infecciones por VIH por población y sexo (de 15 a 49 años de edad), Asia y el Pacífico, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 8.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años), países informantes en Asia y el Pacífico, 2017-2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 42.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 8.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, Asia y el Pacífico, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Afganistán	19 400 000			10 100		25 700					
Bután	450 000	600	0.14%				380	0.09%			
Camboya	9 300 000										
India	760 000 000								2 100 000	0.28%	
Indonesia	146 000 000	278 000	0.19%			34 500	0.02%	34 700	0.02%	268 000	0.19%
Irán (República Islámica del)	46 400 000	138 000	0.30%			90 200	0.19%			172 000	0.37%
República Democrática Popular Lao	3 900 000										
Malasia	18 300 000					75 000	0.42%				
Mongolia	1 700 000	6000	0.4%	6500				820			
Nepal	16 500 000					33 000	0.20%			22 000	0.15%
Nueva Zelanda	2 200 000								10 000	0.46%	
Papua Nueva Guinea	4 800 000	50 800	1.06%	37 800	0.79%						
Filipinas	59 200 000	229 000	0.39%	687 100	1.16%	7200		205 000	0.35%		
Singapur	1 800 000								11 900	0.66%	
Sri Lanka	10 300 000	30 000	0.29%	73 800	0.72%	2700	0.03%	2200	0.02%		
Tailandia	33 800 000								286 000	0.85%	
Vietnam	51 600 000			256 000	0.50%						
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:			0.30%		0.82%		0.18%		0.12%		-

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
 DATOS INSUFICIENTES

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
 NO HAY DATOS

^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022.

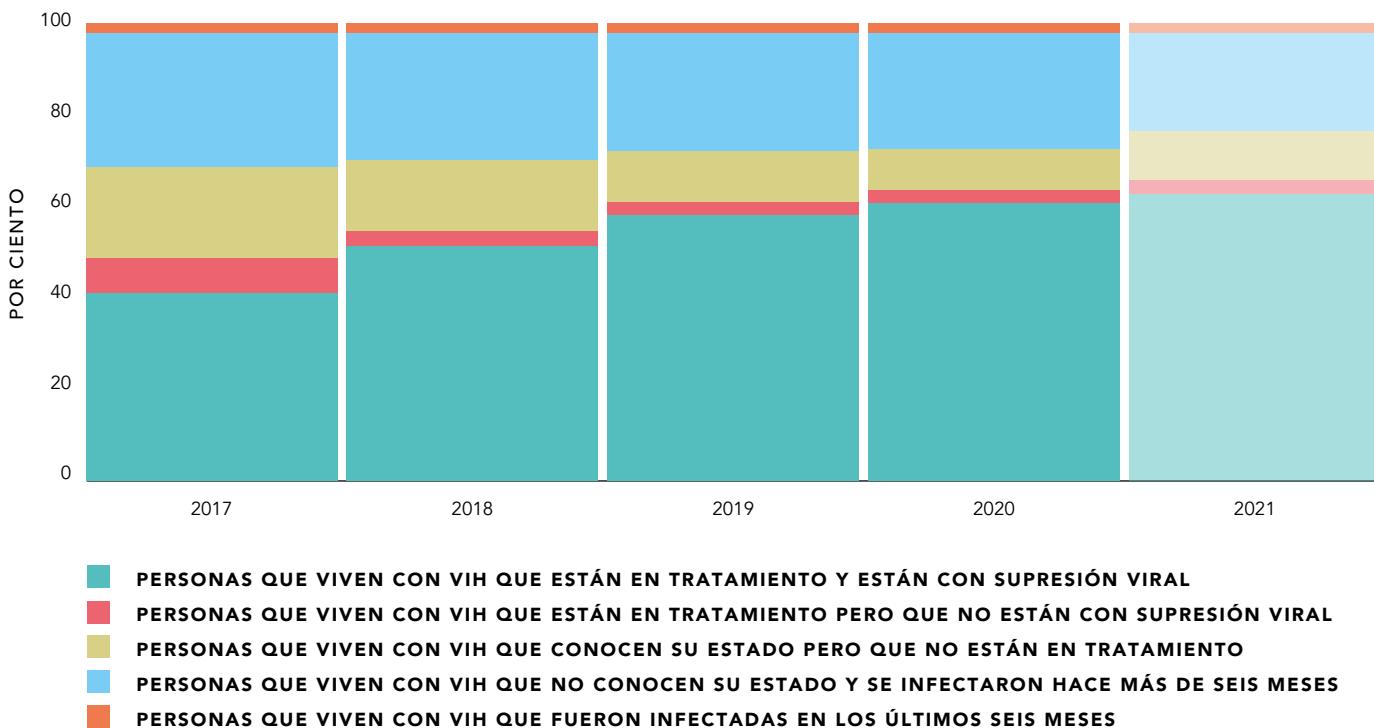
Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

- Afganistán: Herat, Jalalabad, Kabul, Kandahar, Kunduz y Mazar (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); Faizabad, Herat, Jalalabad, Kabul, Kandahar, Kunduz, Mazar y Zaranj (personas que se inyectan drogas).
- Mongolia: Darkhan, Dornod, Khövsgöl y Ulaanbaatar (trabajadoras sexuales); Darkhan, Dornod, Orkhon y Ulaanbaatar (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres).
- Filipinas: Cebú, Provincia de Cebú, Danao, Lapu-Lapu, Mandaue, Naga y Talisay (personas que se inyectan drogas). Provincia de Cebú, Cebú, Mandaue, Danao, LapuLapu, Naga y Talisay.

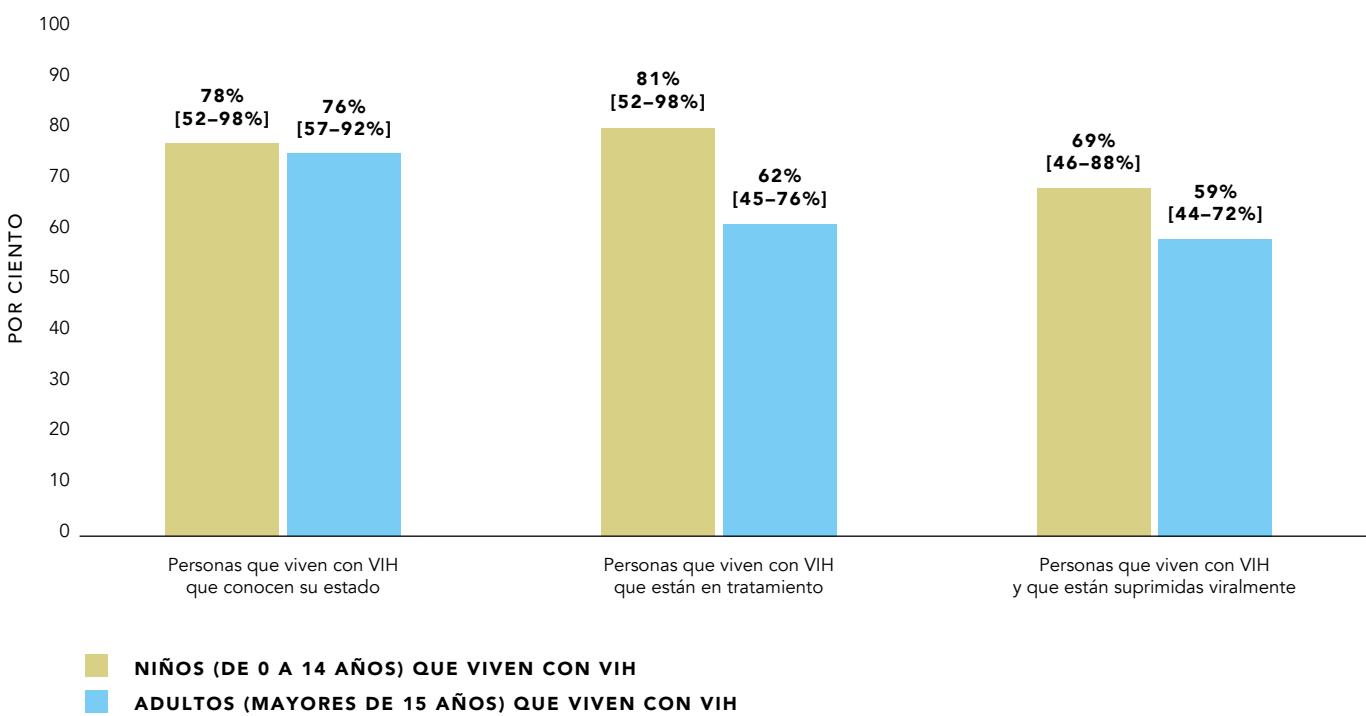
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 8.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), Asia y el Pacífico, 2017-2021



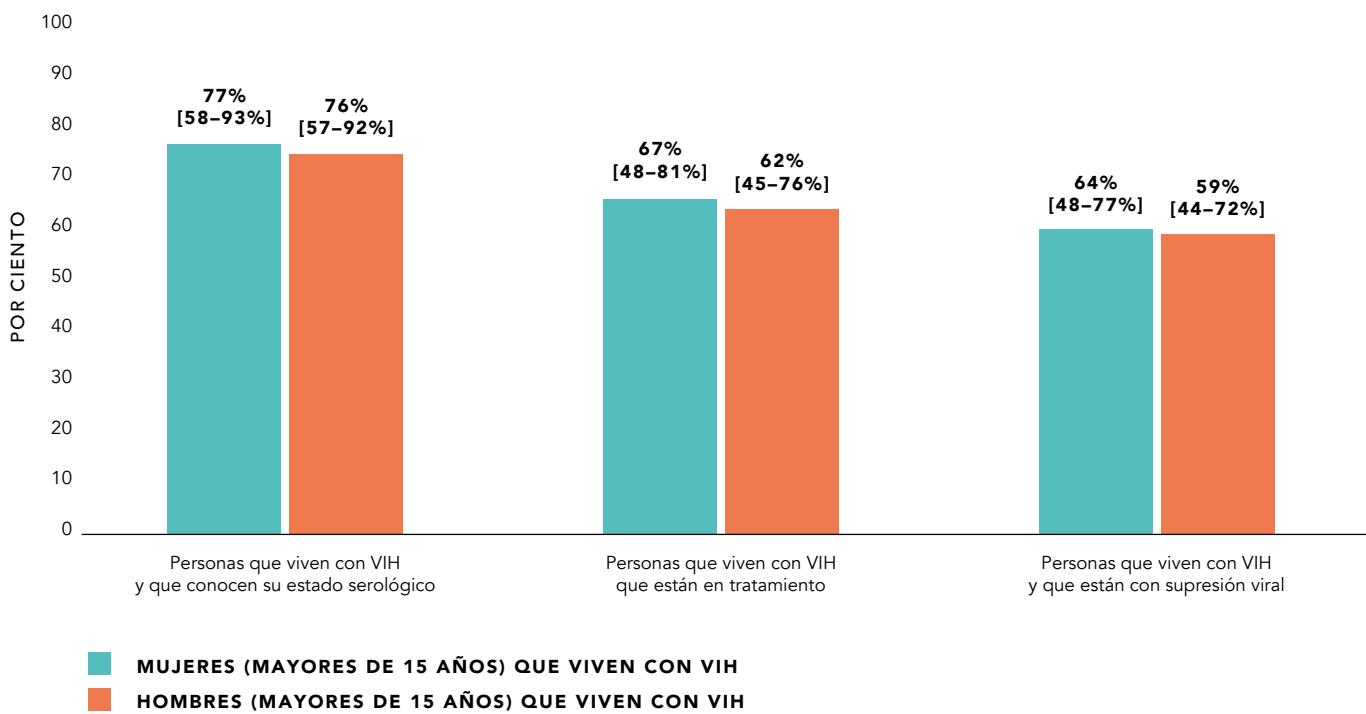
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 8.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), Asia y el Pacífico, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 8.6 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), África oriental y meridional, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 8.2 Tabla de Puntuación de leyes y políticas, Asia y el Pacífico, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Afganistán	1	1	1	1	1		1	1
Australia	6	7	25		35			
Bangladesh	1	1	26	1	1		3	1
Bután	2	2	45		35			2
Brunei Darussalam	6	8	25		35		3	3
Camboya	2	2	2	2	1		2	2
China	2	2	2	1	1		43	2
Islas Cook					36			
República Popular Democrática de Corea		9	25		36			
Fiyi	5	10	25	5	37		2	
India	1	1	1	34	1		1	1
Indonesia	1	1	27	1	1		1	1
Irán (República Islámica del)	1	1	1	1	1		2	1
Japón		11	25		36			2
Kiribati	3	12	28	3	3		2	3
República Democrática Popular Lao	1	1	1	1	1		1	1
Malasia	1	13	1	1	38		3	1
Maldivas		14	25		36			
Islas Marshall	5	15	25		39		5	5
Micronesia (Estados Federados de)	5	16	25		5		5	5
Mongolia	1	1	1	1	1		3	1
Myanmar	3	3	29	3	3		3	3
Nauru	5	17	25	5	5		5	5
Nepal	1	1	1	1	1		1	1
Nueva Zelanda	1	1	1	1	1		1	1
Niue	5		5	5	5		5	5
Pakistán	1	1	1	1	40		2	1
Palaos	5	18	25		5		5	5
Papua Nueva Guinea	2	2	30	2	2		2	2
Filipinas	2	2	1	2	1		44	1
República de Corea	3	3	31		3		3	3
Samoa	5	19	25		36		4	4
Singapur	3	3	32	3	1		2	3
Islas Salomón		20	25		36			3
Sri Lanka	2	2	33	2	2		2	2
Tailandia	1	1	1	1	1		1	1
Timor Oriental		21	25		36			
Tonga	5	22	25	5	5		5	5
Tuvalu	5	23	25		5		5	5
Vanuatu	5	24	25	5	5		5	5
Vietnam	3	3	3		41		3	3

**CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS
TRANSGÉNERO**

- Sí
 No
 Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
 El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
 Datos no disponibles

**CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES
DEL MISMO SEXO EN PRIVADO**

- Pena de muerte
 Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
 Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
 Datos no disponibles

**PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE
PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS**

- Sí
 No
 Datos no disponibles

**LEYES QUE PENALIZAN LA
TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN
O LA EXPOSICIÓN AL VIH**

- Sí
 No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
 No
 Datos no disponibles

**LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN
LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA
DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH**

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
 Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
 Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
 Sin restricciones

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
PARA QUE LOS ADOLESCENTES
TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH**

- Sí
 No
 Datos no disponibles

**PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA
PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O
RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS**

- Sí
 No
 Datos no disponibles

	LEYES DE PROTECCIÓN				
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Afganistán	1	1	1	1	1
Australia					
Bangladesh	1	1	1	1	1
Bután	2				
Brunei Darussalam					
Camboya	2	2	2	2	2
China	1				2
Islas Cook					
República Popular Democrática de Corea					
Fiyi					5
India	1			1	2
Indonesia	1	1	1	1	1
Irán (República Islámica del)	2	1	2	2	2
Japón					
Kiribati	3				3
República Democrática Popular Lao	1	1	1	1	1
Malasia		1	1	2	2
Maldivas					
Islas Marshall					5
Micronesia (Estados Federados de)					5
Mongolia	1	1	1	1	1
Myanmar	3				3
Nauru					5
Nepal	1	1	1	1	1
Nueva Zelanda	1		1	1	1
Niue					5
Pakistán	1	2	2	2	2
Palaos					5
Papua Nueva Guinea	2	2	2		2
Filipinas	2	2	2		2
República de Corea					3
Samoa					5
Singapur	3				3
Islas Salomón					
Sri Lanka	2	2	2	2	2
Tailandia	1	1	1	1	1
Timor Oriental					
Tonga					5
Tuvalu					5
Vanuatu					5
Vietnam	3				3

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas.

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH

- Sí
 No
 Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL

- Sí
 No
 Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL

- Sí
 No
 Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Sí
 No
 Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Sí
 No
 Datos no disponibles

1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe TRANS LEGAL MAPPING 2019: Reconocimiento ANTE LA LEY. Ginebra: ILGA Mundial; 2020.
7. Australia Meridional. Ley de delitos sumarios de 1953. Sección 25; Victoria. Ley de Trabajo Sexual de 1994. Sección 13; Nueva Gales del Sur. Resumen de la Ley de delitos de 1988. Sección 19; Australia Occidental. Ley de Prostitución de 2000. S25.
8. Brunei Darussalam. Código Penal, artículos 294A (Ley de protección de las mujeres y las niñas de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/bn/bn024en.pdf>); (<https://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LOB/PDF/Chp.120.pdf>).
9. República Popular Democrática de Corea. Derecho penal, artículos 18 y 261 ([https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20\(1\).pdf](https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
10. Fiyi. Decreto sobre delitos de 2009, artículo 230 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat-nsf/0152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years\)%20for%20the%20other%20crimes](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat-nsf/0152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years)%20for%20the%20other%20crimes)).
11. Japón. Ley contra la Prostitución, 1956.
12. Kiribati. Código Penal, artículo 167.
13. Malasia. Código Penal, artículo 372 (<http://www.agc.gov.my/agcportal/uploads/files/Publications/LOM/EN/Penal%20Code%20%5BAct%20574%5D2.pdf>); Compromisos Nacionales e Instrumento de Política, 2022.
14. Maldivas. Código Penal, artículos 620 y 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).
15. Islas Marshall. Código Penal 2011, artículo 251 (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011_1.pdf).
16. Estados Federados de Micronesia. Código de estado de Chuuk. Título 12, Capítulo 28 (http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm).
17. Nauru. Ley de delitos de 2016, artículo 107 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NUR/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf).
18. Palaos. Código de Palau. Ley contra la Prostitución, capítulo 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf>).
19. Samoa. Ley de delitos de 2013, artículos 72 y 73 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04).
20. Islas Salomón. Código Penal, Sección 153 (http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66).
21. Timor Oriental. Código Penal, artículo 177 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/106091/129951/F608341342/TLS106091%20Port.pdf>).
22. Tonga. Ley de delitos penales, artículo 81 (https://ago.gov.to/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1924/1924-0010/CriminalOffencesAct_2.pdf).
23. Tuvalu. Código Penal, secciones 145 y 146 (http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf).
24. Vanuatu. Código Penal, Sección 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).
25. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
26. Bangladesh. Código Penal, artículo 377 (<http://bdlaws.minlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html>).
27. Indonesia. Aceh (Ley Syariah de 2014); Ordenanza provincial sobre la erradicación del comportamiento inmoral (No 13/2002) en el sur de Sumatra.
28. Kiribati. Código Penal [cap. 67], Edición Revisada de 1977, artículos 153, 154 y 155 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=70701&p_country=KIR&p_count=62&p_classification=01&p_classcount=21).
29. Myanmar. Código Penal, artículo 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf>).
30. Papua Nueva Guinea. Código Penal, Sección 210 (http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf).
31. República de Corea. Ley Penal Militar, artículo 92-6 (http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG).
32. Singapur. Código Penal, artículo 377A (<https://sso.agc.gov.sg/act/pc1871?Provlds=pr377A-%23pr377A->).
33. Sri Lanka. Código Penal, artículo 365 (http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf).
34. India. Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1985 (<https://legislative.gov.in/sites/default/files/A1985-61.pdf>).
35. Base de datos mundial sobre criminalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: Red de Justicia contra el VIH (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalization-database/>).
36. Red de Justicia contra el VIH [base de datos]. Ámsterdam: Fundación Justicia VIH; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
37. Fiji Decreto sobre el VIH/SIDA (Enmienda) de 2011 (http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10_HIV-AIDS-Amendment-Decree-2011.pdf).
38. Malasia. Código Penal, artículos 269–270 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf>).
39. Ley de prevención y control de enfermedades transmisibles de las Islas Marshall de 1988 (s1511) (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf).
40. Pakistán. Código Penal y Ley de Sindh N° LII de 2013 - Ley de control, tratamiento y protección del VIH y el SIDA.
41. Viet Nam. Ley de Prevención y Control del VIH/SIDA (https://www.ilo.org/wcms5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf).
42. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
43. Tendencias jurídicas y políticas que afectan a las personas que viven con el VIH y a las poblaciones clave de Asia y el Pacífico 2014–2019. Ginebra: ONUSIDA; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
44. Filipinas. Ley de la República N° 11166, artículo 29 de (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11166_2018.html#:~:text=%2D%20Unless%20otherwise%20provided%20in%20Section,has%20been%20exposed%20to%20HIV).
45. Bután. Código Penal (enmienda), 2021 (https://www.nab.gov.bt/assets/uploads/docs/acts/2021/Penal_Code_Amendment_Act_of_Bhutan_2021.pdf).

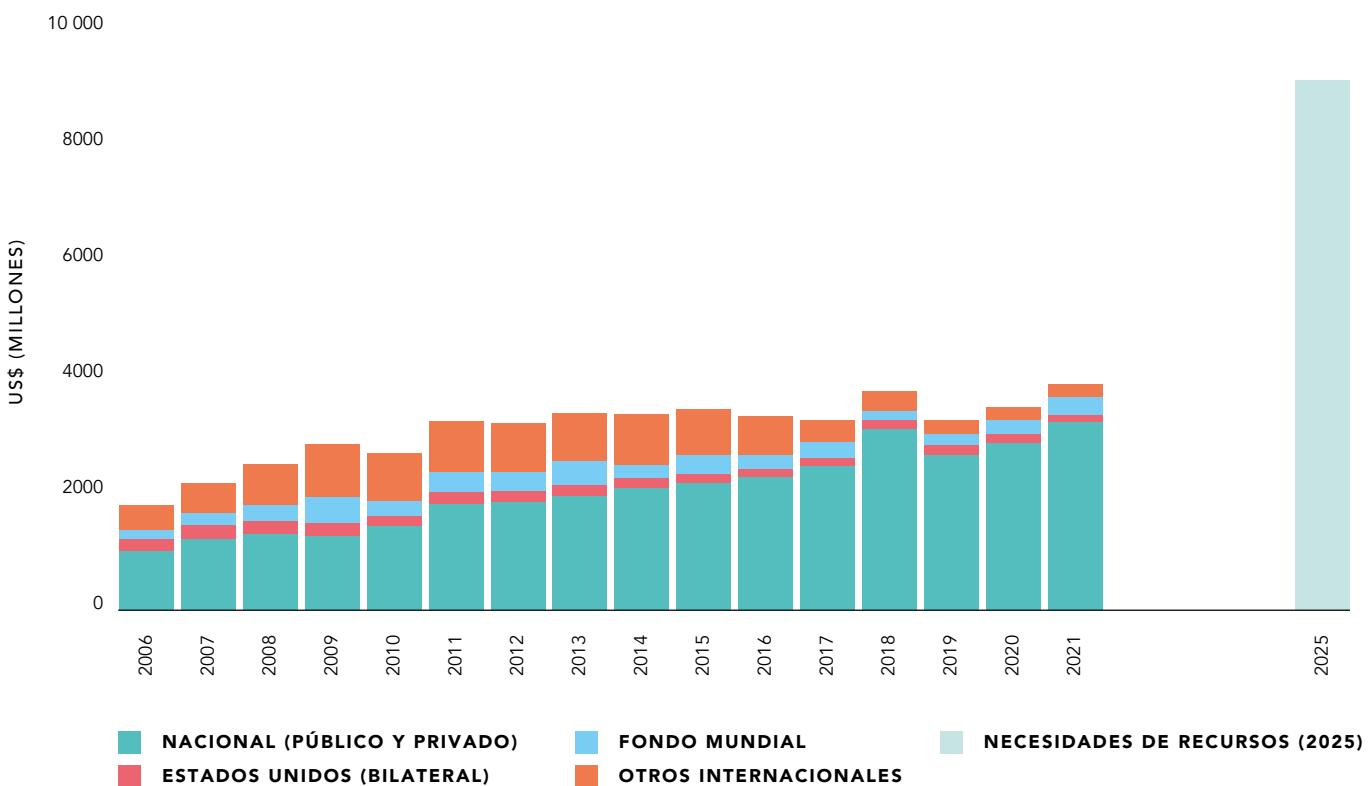
INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

Desde el 2010, los recursos totales para el VIH en Asia y el Pacífico han aumentado en un 30% (Figura 8.7). Los recursos nacionales han sido la principal fuente de este aumento: las fuentes internas han aumentado 2.3 veces desde el 2010, mientras que los recursos externos del gobierno de los Estados Unidos y otros gobiernos donantes disminuyeron un 30% y un 74%, respectivamente. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) aumentó sus recursos regionales en un 20% durante la última década.

Según datos recientes de 15 países, el 10% del gasto total en VIH se asignó a poblaciones clave. Existen grandes diferencias entre los países en cuanto a las asignaciones para la prevención: el 53% de los países informantes tenían menos del 10% de la participación nacional del gasto total en VIH para intervenciones de prevención. Los recursos para el VIH por persona que vive con VIH se han estancado en Asia y el Pacífico, y si bien las intervenciones de tratamiento han dado lugar a reducciones significativas de la mortalidad, es necesario ampliar los recursos de prevención para alcanzar los objetivos para el 2025.

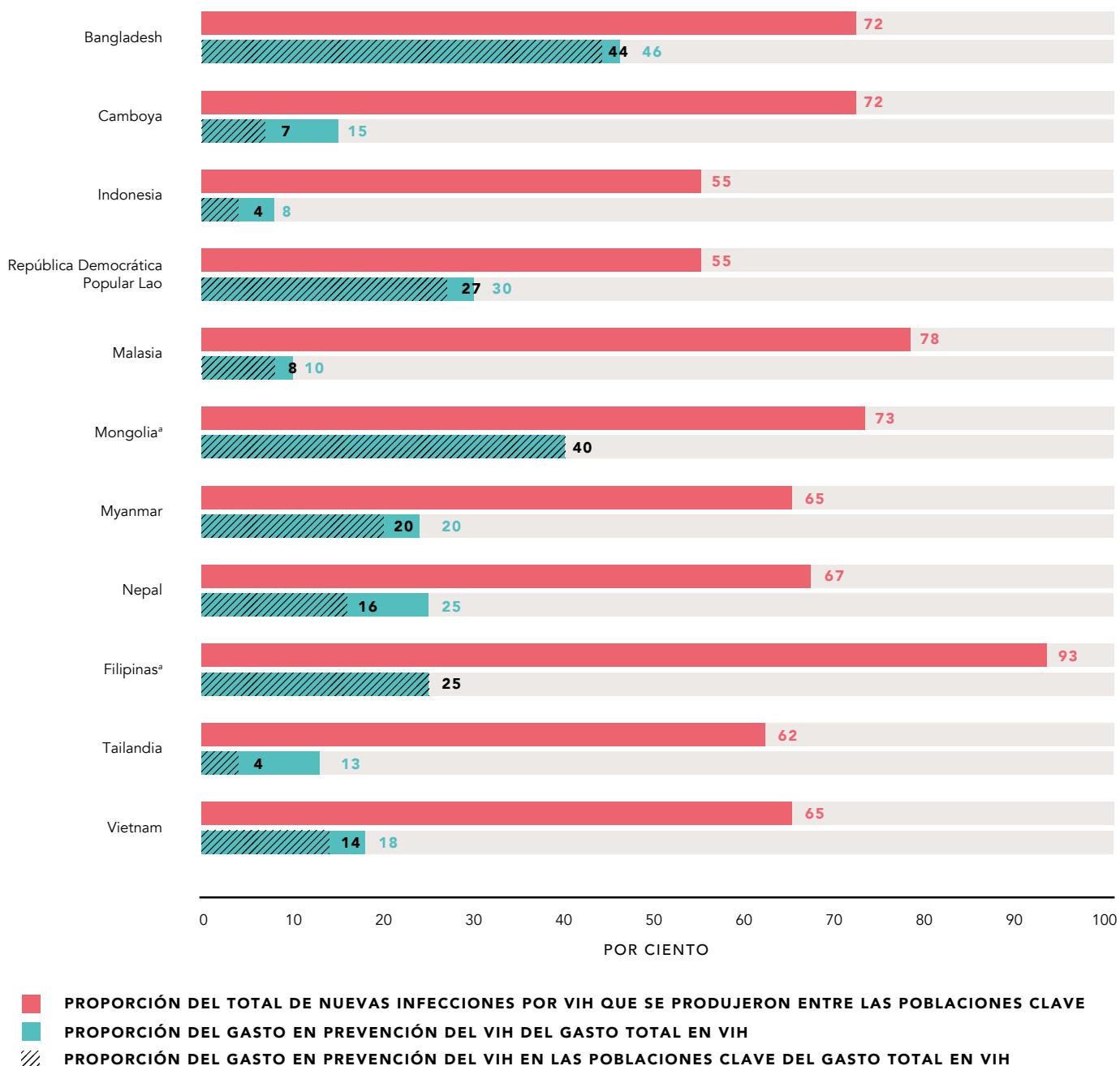
Hay una brecha del 57% en las necesidades anuales estimadas de recursos para cumplir los objetivos para el 2025. La movilización de recursos nacionales y la eficiencia de las inversiones para intervenciones de alto impacto son esenciales para acabar con el sida en la región. Algunos países pueden seguir dependiendo de los recursos de los donantes para asegurar que se mantengan las intervenciones de prevención y tratamiento a fin de alcanzar los objetivos para el 2025 y 2030.

FIGURA 8.7 Disponibilidad de recursos para el VIH, Asia y el Pacífico, 2010–2020, y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

FIGURA 8.8 Proporción de nuevas infecciones por VIH entre las poblaciones clave, gasto en prevención del VIH y gasto en programas de prevención del VIH en las poblaciones clave, países seleccionados, 2017-2021^a No se dispone de otros datos sobre gastos de prevención del VIH para Mongolia y Filipinas.Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022; Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Informes Nacionales de Evaluación del Gasto en sida.

REFERENCIAS

1. *Compulsory drug treatment and rehabilitation in east and southeast Asia.* Bangkok: UNODC; 2022.
2. *Key populations are being left behind in Universal Health Coverage: landscape review of health insurance schemes in the Asia-Pacific region.* Geneva: UNAIDS; 2022.

PERFILES REGIONALES

AMÉRICA LATINA



América Latina ha avanzado poco en la reducción de nuevas infecciones por VIH en la región desde el 2000, con un aumento del 5% entre el 2010 y 2021. En el 2021, 2.2 millones de personas en la región (1.5 millones – 2.8 millones) vivían con VIH. Entre las personas que vivían con VIH en el 2021, el 82% conocía su estado serológico, el 69% tenía acceso al tratamiento (85% de las personas que conocían su estado serológico) y el 63% estaban suprimidos viralmente (91% de los que estaban en tratamiento). La cobertura del diagnóstico y el tratamiento sigue siendo menor para los hombres que para las mujeres, aunque esta brecha se está reduciendo. La cobertura infantil sigue estando muy por debajo de la cobertura para adultos y ha mejorado menos con el tiempo; de hecho, la cobertura de la transmisión vertical del VIH en el 2020–2021 cayó por debajo de los niveles alcanzados en el 2019.

Aunque la región ha logrado avances importantes en la ampliación del acceso al tratamiento contra el VIH, los esfuerzos para garantizar el diagnóstico oportuno y la inscripción en la atención siguen siendo insuficientes, la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío y los desabastecimientos de medicamentos antirretrovirales empeoran los resultados del tratamiento contra el VIH. El 31% de las personas que vivían con VIH en América Latina en el 2021 todavía no recibían terapia antirretroviral, y el porcentaje de personas recién diagnosticadas con infección avanzada por VIH varió del 10% en Uruguay al 44% en Paraguay. Sólo 10 países incluyeron la profilaxis oral previa a la exposición diaria (PrEP) en sus directrices nacionales a finales de 2021, y muchos de ellos sólo aplican la política en distritos seleccionados. Cuatro países de la región cuentan con una política de autodiagnóstico del VIH, pero sólo uno (Brasil) pone a disposición los kits de autopruebas a través de los servicios de salud públicos o privados o farmacias. La cobertura de los regímenes preferidos basados en dolutegravir para la terapia antirretroviral de primera línea es inconsistente, y oscila entre el 0% en Colombia y el 100% en Venezuela.

Las formas entrecruzadas de estigma y discriminación en América Latina impiden el acceso a los servicios de VIH y aumentan la vulnerabilidad. La región tiene la mayor cantidad de crímenes de odio contra lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) en el mundo: desde octubre de 2020 hasta septiembre de 2021, 311 mujeres transgénero fueron asesinadas en 15 países de América Latina (1, 2).

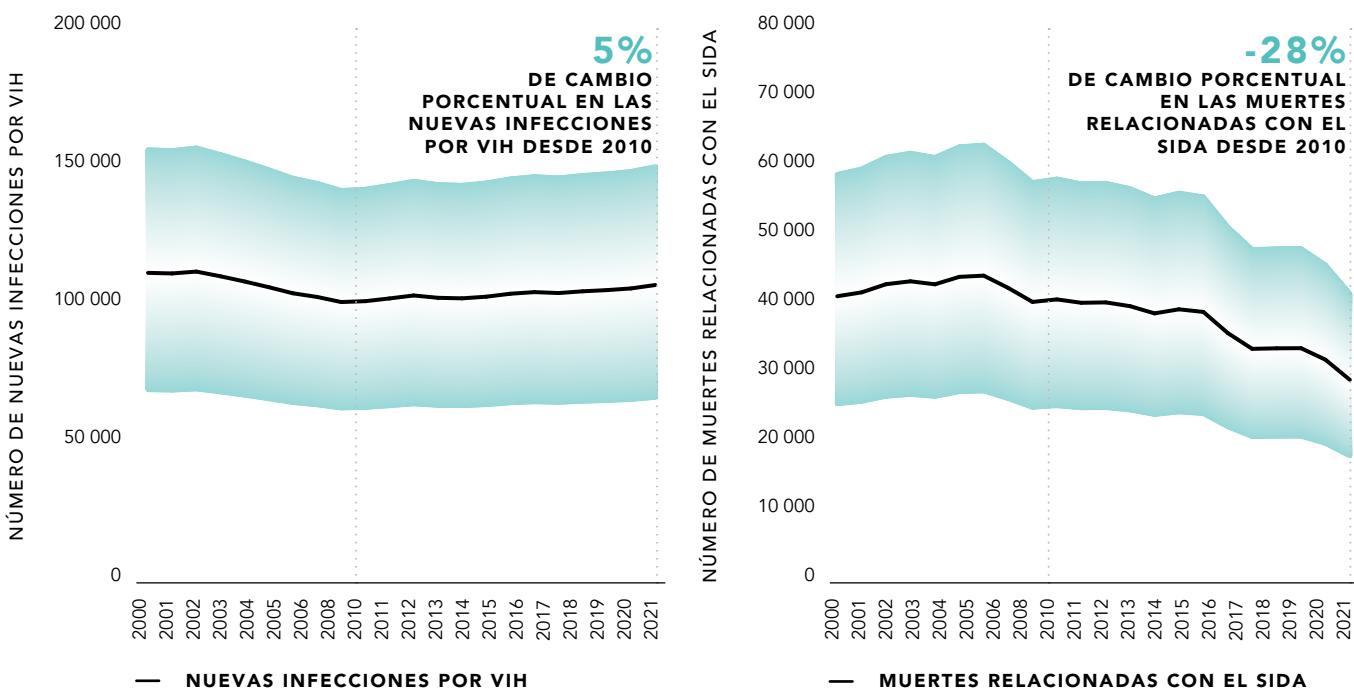
Las desigualdades profundamente arraigadas socavan los esfuerzos regionales para acabar con el sida para el 2030. América Latina tiene uno de los niveles más altos de desigualdad de riqueza de cualquier región, y tanto la pobreza absoluta como el coeficiente GINI aumentaron en el 2020 (3, 4). Más de una de cada cuatro (27%) mujeres en América Latina han experimentado violencia doméstica en su vida (5). Además, América Latina sigue luchando contra algunas de las mayores crisis humanitarias del mundo, que afectan a muchos países, entre ellos la República Bolivariana de Venezuela, Haití y el triángulo norte de América Central.

27%

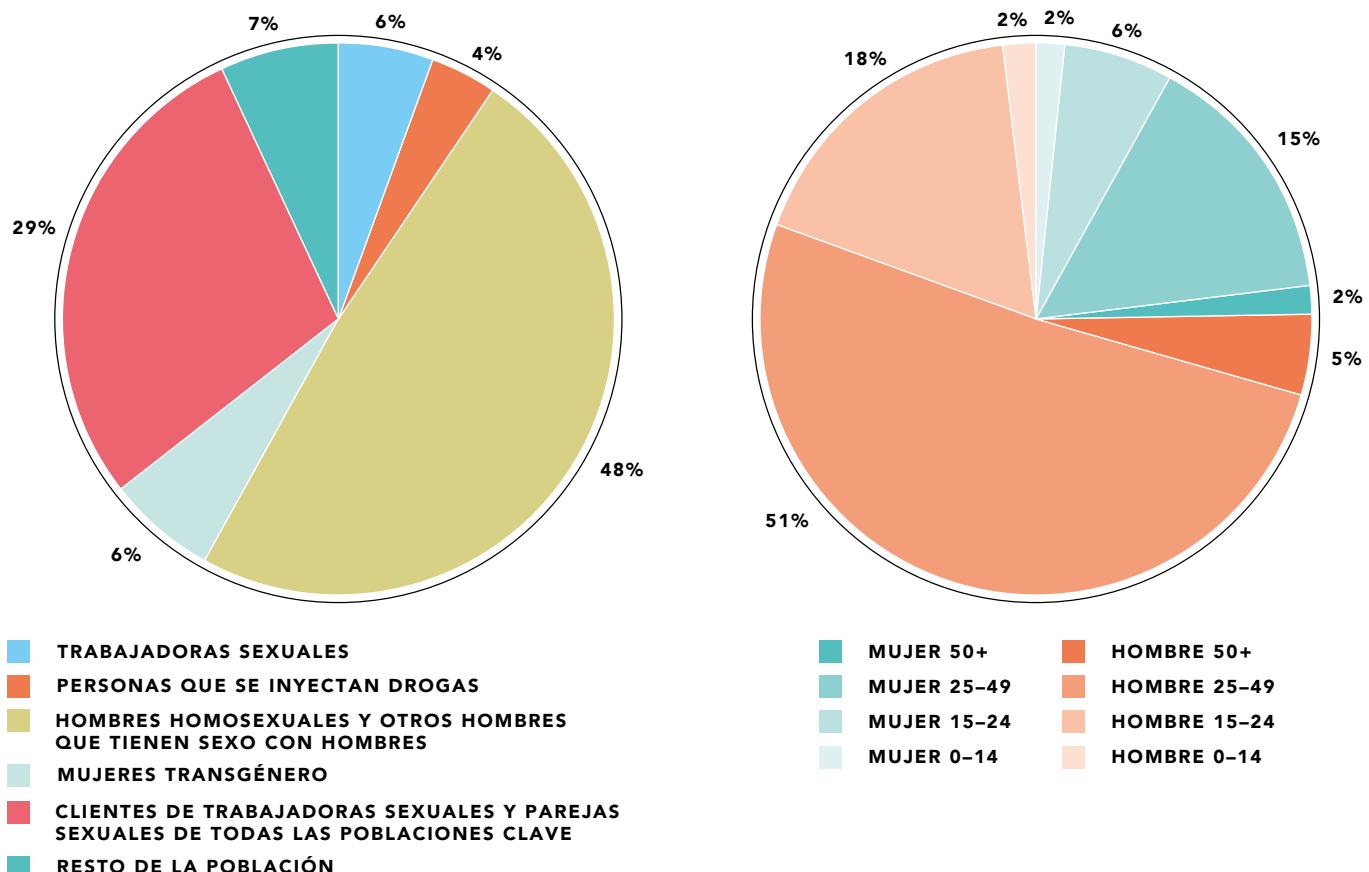
DE LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA HAN EXPERIMENTADO VIOLENCIA DOMÉSTICA EN SU VIDA



ESTADO DE LA PANDEMIA

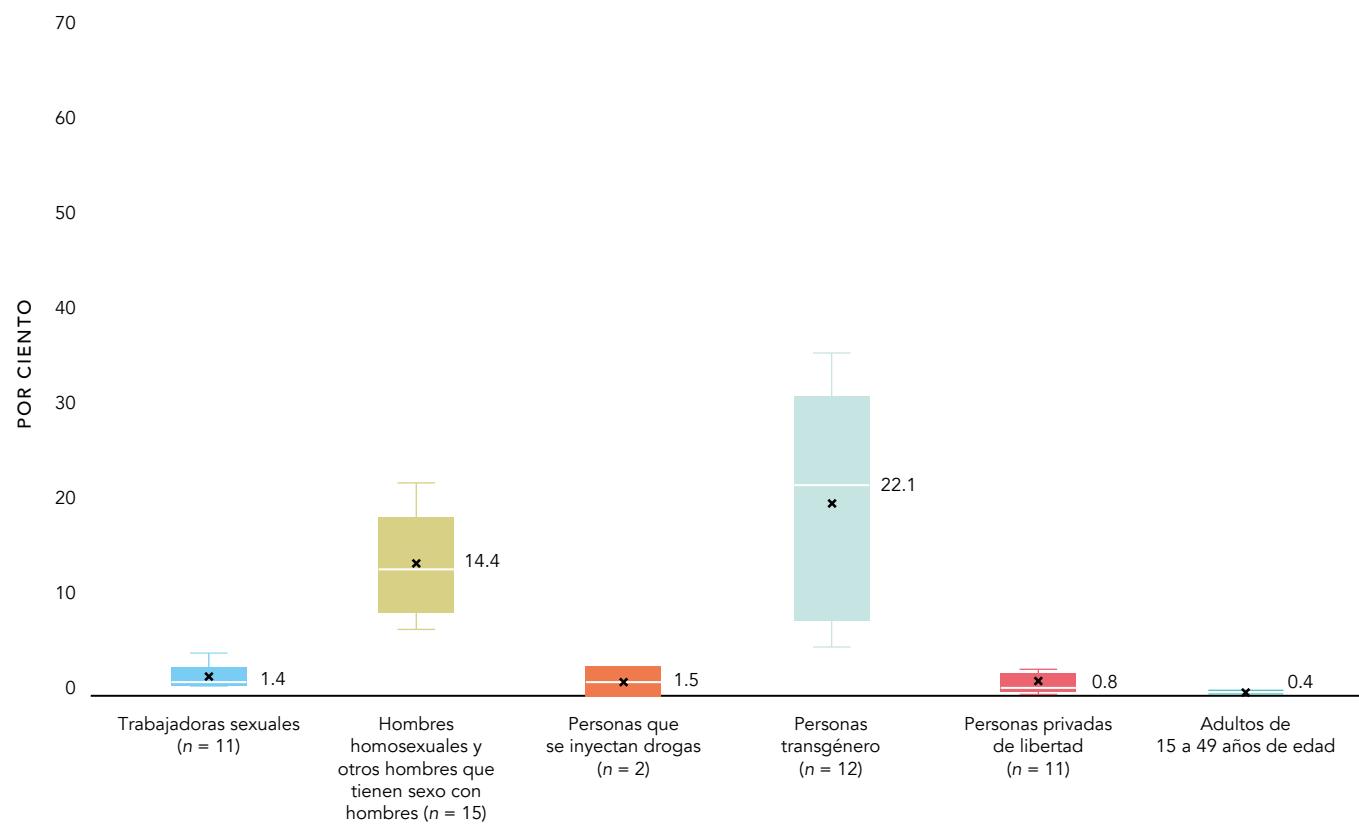
FIGURA 9.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, América Latina, 2000–2021

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

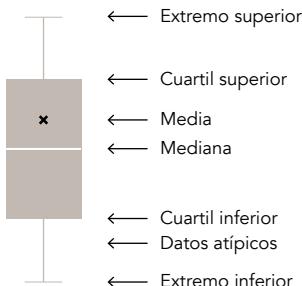
FIGURA 9.2 Distribución de la adquisición de nuevas infecciones por VIH por población y sexo (de 15 a 49 años), América Latina, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 9.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años de edad), países informantes de África occidental y central, 2017-2021



¿Cómo leer?



La mediana de la prevalencia del VIH entre los países que informaron estos datos en África occidental y central fue:

8.9% entre trabajadoras sexuales.

7.1% entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

3.9% entre las personas que se inyectan drogas.

21.9% entre las personas transgénero.

2.5% entre las personas privadas de libertad.

La prevalencia estimada del VIH entre adultos (de 15 a 49 años) es del **1.3% [1.1-1.4%]**.

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 17.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 9.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, América Latina, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6 200 000			35 500							
Brasil	114 000 000								821 000	0.72%	
Chile	9 800 000			123 000	1.24%		19 600	0.20%	38 800	0.40%	
Colombia	27 600 000			357 000	1.29%				124 000	0.45%	
Costa Rica	2 600 000					420			15 800	0.61%	
Guatemala	9 400 000			116 000	1.27%	4300	0.05%	24 500	0.26%		
México	68 400 000	244 000	0.37%	1 226 000	1.85%	123 000	0.19%	202 000	0.31%		
Nicaragua	3 700 000							21 700	0.59%		
Panamá	2 200 000	8700		29 700		2000					
Paraguay	3 900 000	9000		27 700		1200					
Perú	17 400 000			260 000	1.52%	6500					
Uruguay	1 700 000			28 600	1.68%	1600	0.09%				
Venezuela (República Bolivariana de)	15 000 000					14 600	0.10%				
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:			0.38%		1.69%		0.16%		0.09%		-

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL

DATOS INSUFICIENTES

ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL

NO HAY DATOS

^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022.

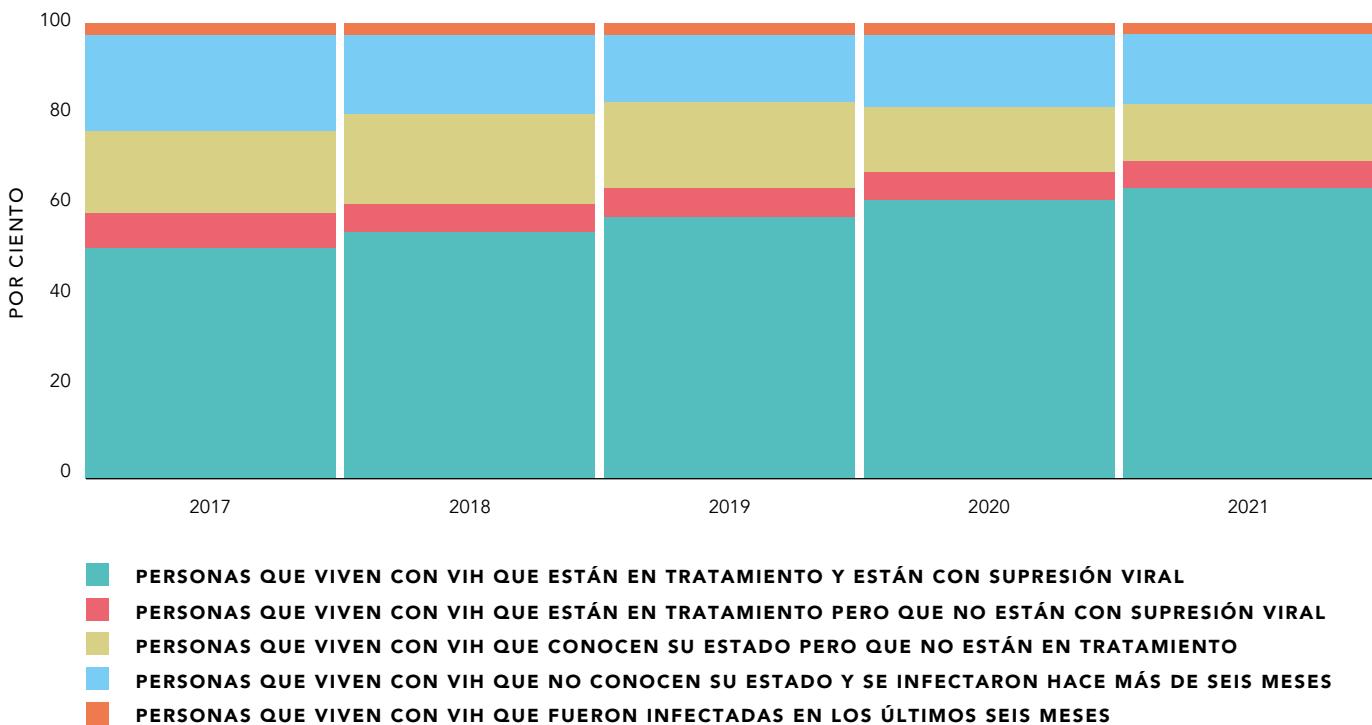
Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

- Bolivia (Plurinational State of): La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
- Colombia: Bogotá, Cali and Medellín.
- Costa Rica: Gran Área Metropolitana.
- Panamá: Azuero, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Centro, Panamá Este, Panamá Norte, Panamá Oeste and Veraguas.
- Paraguay: Alto Paraná, Amambay, Área Metropolitana (Asunción and Central) and Caaguazú (sex workers); Alto Paraná, Asunción, Caaguazú and Central (gay men and other men who have sex with men); Amambay, Asunción and Central (transgender people).
- Perú: Lima-Callao, Iquitos Piura, Sullana, Trujillo, Ica, Pisco, Chincha, Pucallpa, Tarapoto.

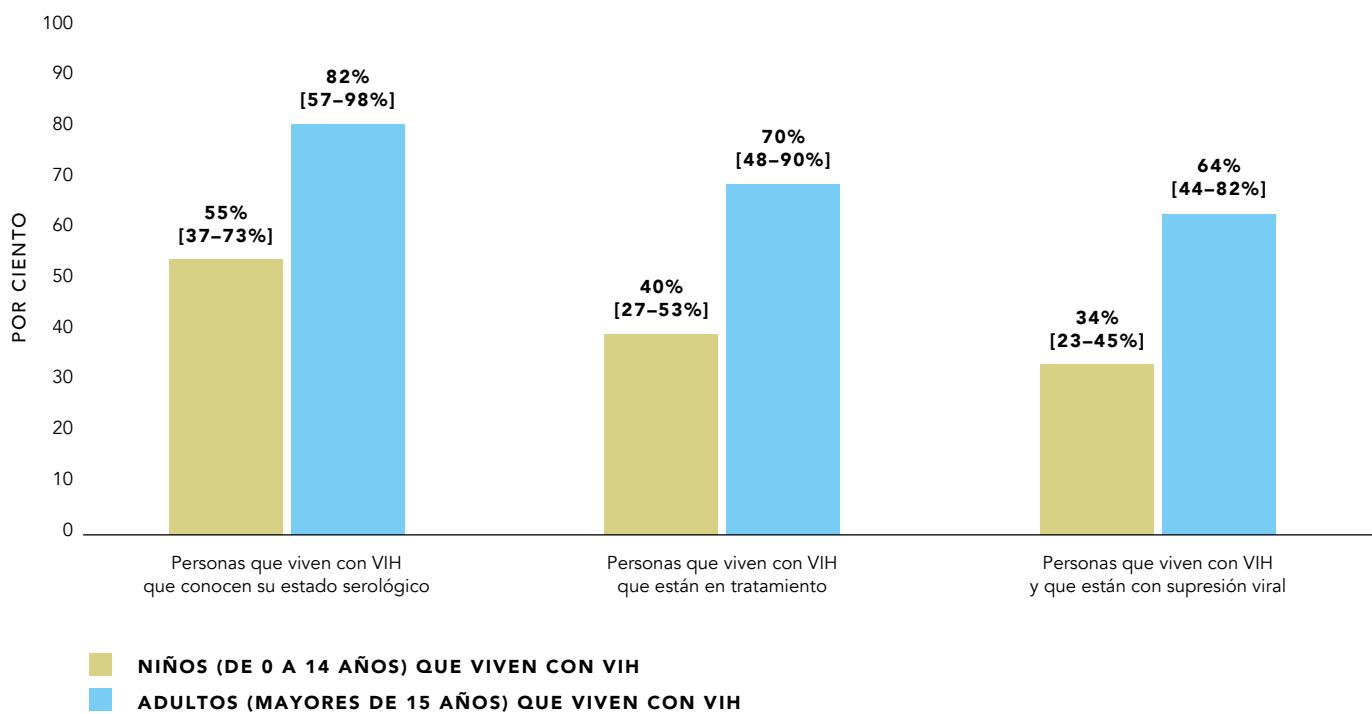
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 9.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), América Latina, 2017-2021



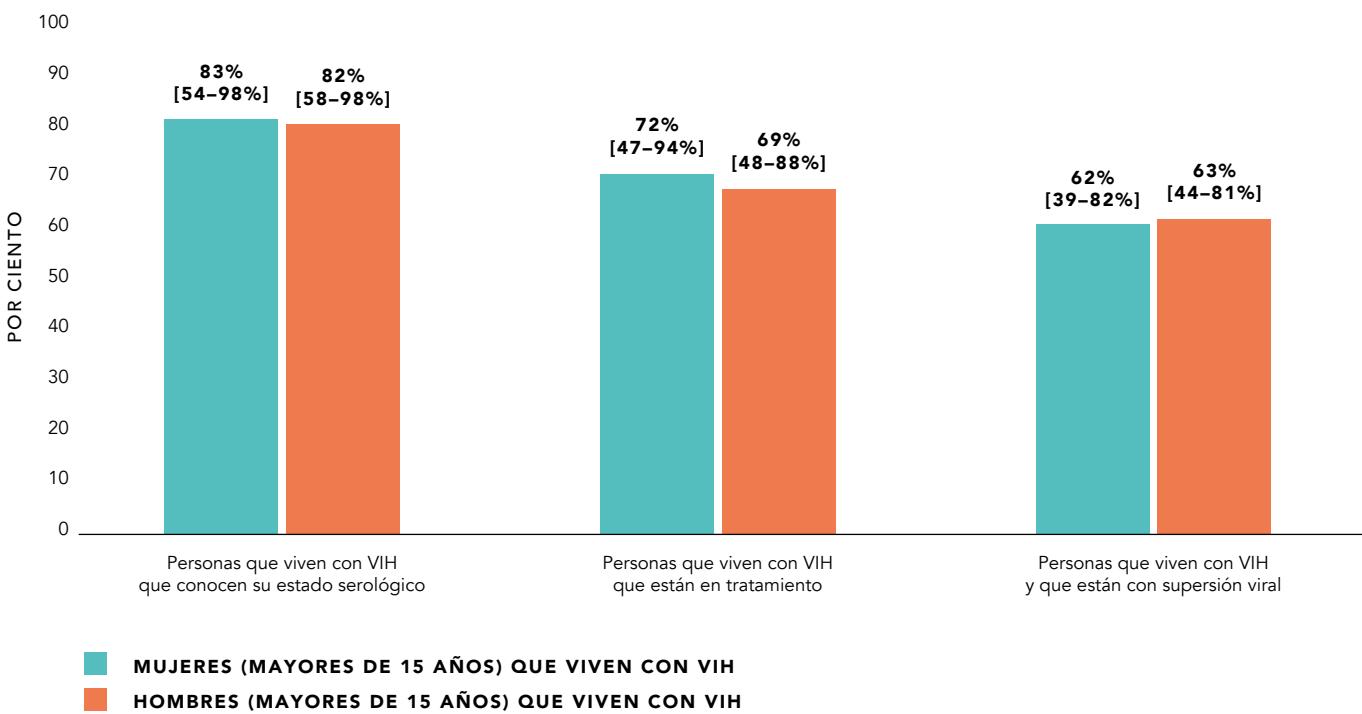
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 9.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), América Latina, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 9.6 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), América Latina



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 9.2 Tabla de puntuación de leyes y políticas, América Latina, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Argentina	1	1	1	1	1		1	1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1	3	1	1	1		1	1
Brasil	1	1	1	1	1		1	1
Chile	1	1	1	1	1		1	1
Colombia	1	1	1	1	1		1	1
Costa Rica	1	1	1	2	1		1	1
Ecuador	1	1	1	1	12		1	1
El Salvador	1	4	1	10	13		1	1
Guatemala	1	5	1	1	1		1	1
Honduras	2	2	2	2	1		16	2
México	2	2	2	2	1		2	2
Nicaragua	1	6	1	1	1		1	1
Panamá	1	1	1	1	14		17	1
Paraguay	1	1	1	1	1	Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos	1	1
Perú	2	7	9	11	1		18	2
Uruguay	3	3	3		1		3	2
Venezuela (República Bolivariana de)	1	8	1	1	1		1	1

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Pena de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

	LEYES DE PROTECCIÓN				
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Argentina	1	1	1	1	1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1	1	1	1	1
Brasil	1	1	1	1	1
Chile	1	1	1	1	1
Colombia	1		1	1	3
Costa Rica	1	1	1	1	2
Ecuador	1	1		1	1
El Salvador	1	1	1	1	1
Guatemala	1	1	1	1	1
Honduras	2	2	2	2	2
México	2	2		2	3
Nicaragua	1	1	1	1	1
Panamá	1	1	1	1	1
Paraguay	1	1	1	1	1
Perú					
Uruguay	3				3
Venezuela (República Bolivariana de)	1	1	1	1	1

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especifican trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas.

1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. El Salvador. Código Penal, artículos 170 y 170A.
5. Guatemala. Artículo 39 del Decreto 9-2009 (<https://www.refworld.org/pdfid/4a03e3d22.pdf>).
6. Nicaragua. Código Penal, modificado por la Ley N° 641 de 2007. Artículo 178 (https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf).
7. Decreto Legislativo N°635 Código Penal. Artículos 179 y 181. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2022 (<https://pderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/>).
8. República Bolivariana de Venezuela. Código Penal, artículo 382 (http://oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf).
9. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
10. El Salvador. artículo 34 de la ley reguladora de las actividades relativas a las drogas (<https://elsalvador.eregulations.org/media/Ley%20reguladora%20de%20las%20actividades%20relativas%20a%20las%20drogas.pdf>).
11. Decreto Legislativo N°635 Código Penal. Décimo segundo edición oficial. Artículo 299. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2016 (http://spij.mjnus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf).
12. Ecuador. Ley 11, Registro Oficial 58, 14 de abril de 2000. Ley para la prevención y asistencia integral del VIH SIDA (https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002_reglamentoleyvih_ecu.pdf).
13. El Salvador. Artículo 15 de la Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf).
14. Panamá. Código Penal, artículo 308 (<https://en.calameo.com/read/0005798491847eb9f9501>).
15. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
16. Honduras. Ley especial sobre VIH/SIDA, 1999. Artículo 60 (https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/hn_0290.pdf).
17. Panamá. Normas técnicas y administrativas del programa nacional de salud integral de los y las adolescentes, 2006 (https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/norma_adolescentes_panama_0.pdf); Artículo 19,2 de la Ley 68 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y de decisión libre (https://www.hospitalsantotomas.gob.pa/download/transparencia/otros_documentos_y_normas/9.6.0-LEY-68-DERECHOS-PACIENTE.pdf).
18. Perú. Artículo 6.2.2 de la NTS N° 167-2020-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes Infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1402571/RM%20N%C2%B00882-2020-MINSA.PDF>).

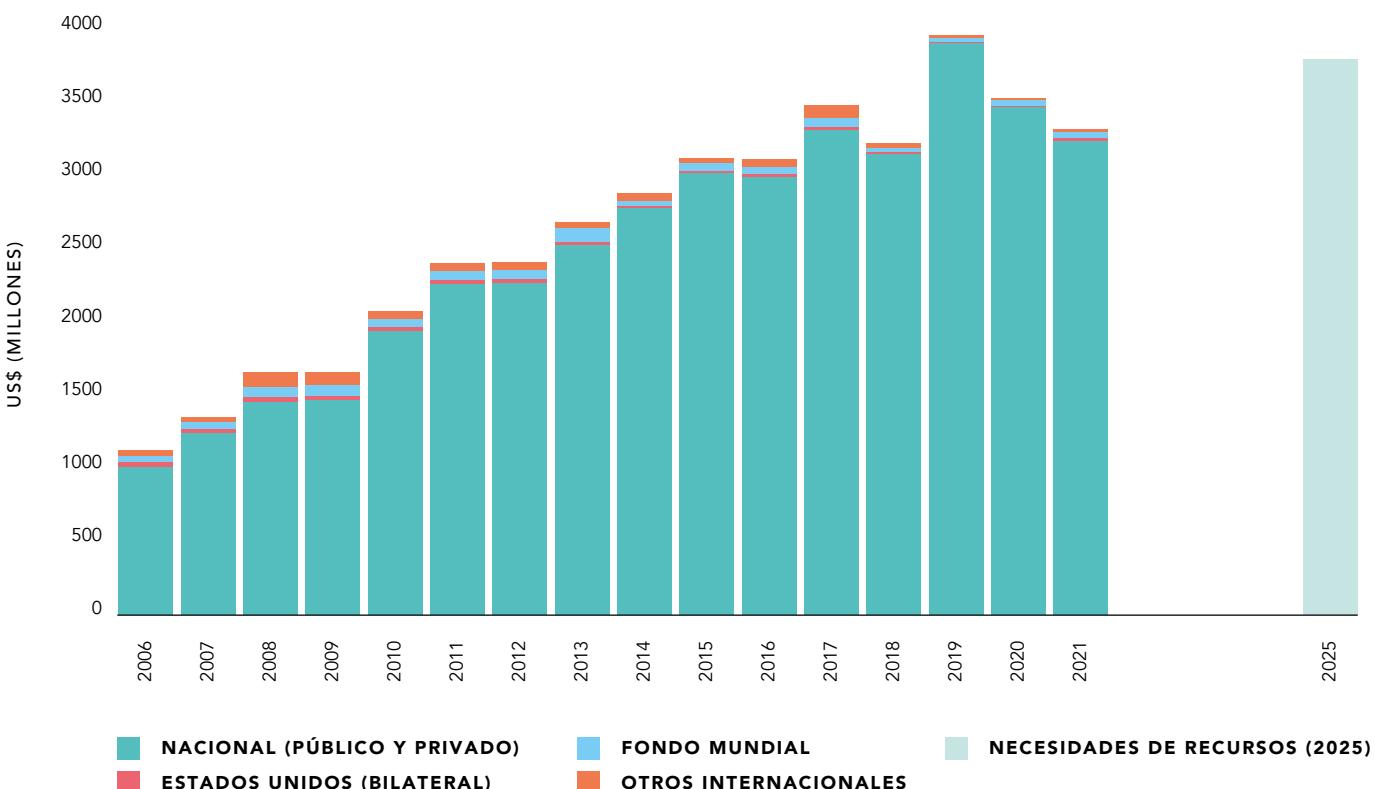
INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

América Latina está al alcance del objetivo de 2025 para las necesidades de recursos: para lograrlo, se debe cubrir una brecha de financiamiento del 13%. Los recursos internos han sido los principales impulsores del crecimiento de los recursos en la región: aumentaron un 67% entre el 2010 y 2021, a pesar de una disminución del 38% con respecto a fuentes internacionales. Los recursos nacionales representaron un 97% de todos los recursos de VIH en la región en el 2021. Algunos países, como El Salvador, Guatemala, Honduras y Paraguay, todavía dependen del apoyo externo para algunos programas sobre el VIH, especialmente aquellos centrados en las poblaciones clave, y será fundamental que estos países desarrollen planes de sostenibilidad.

Para cumplir el objetivo de 2025, las inversiones nacionales deben centrarse en programas básicos de prevención. Según los últimos datos de gastos de 11 países, la participación regional promedio (1.5%) del gasto total en VIH en programas de prevención de poblaciones clave está por debajo de la media mundial (3.5%). Mientras que algunos países, entre ellos El Salvador, Honduras y Paraguay, asignan recursos significativos a programas de población clave, otros informan que asignan una proporción insignificante de su gasto total en intervenciones de población clave, a pesar de las inversiones significativas en programas de VIH.

La región debe enfatizar e implementar procesos de asignación y eficiencia técnica en sus programas para utilizar eficientemente los recursos disponibles. También es necesario reducir los precios unitarios de los antirretrovirales: la reducción de los precios de los tratamientos antirretrovirales de segunda línea en la región generaría ahorros significativos.

FIGURA 9.7 Disponibilidad de recursos para el VIH, América Latina, 2010-2020 y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

REFERENCIAS

1. Moloney A. *LGBT+ murders at 'alarming' levels in Latin America – study*. In: Reuters [Internet]. 8 August 2019. Reuters; c2022 (<https://www.reuters.com/article/us-latam-lgbt-killings/lgbt-murders-at-alarming-levels-in-latin-america-study-idUSKCN1UY2GM>).
2. Trans day of remembrance: an urgent call to combat transphobia in Latin America. In: Race and Equality [Internet]. 20 November 2021. Washington (DC): Institute on Race, Equality and Human Rights; c2018 (<https://raceandequality.org/english/trans-day-of-remembrance-2021/>).
3. World Inequality Database [database]. WID.World; c2022 (https://wid.world/es/mundo#spinc_p90p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/23.469/80/curve/false/country).
4. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Special analysis 2021 (<https://www.cepal.org/en/publications/47719-social-panorama-latin-america-2021>).
5. SIGI 2020 regional report for Latin America and the Caribbean. Paris: Social Institutions and Gender Index, OECD; 2020 (<https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en>).

PERFILES REGIONALES

CARIBE



El Caribe tiene la prevalencia más alta del VIH que cualquier otra región fuera del África subsahariana, pero la región ha logrado avances importantes en su respuesta contra el VIH. El número de nuevas infecciones por VIH en el 2021 (14 000 [9500–18 000]) fue un 28% inferior al de 2010, y las muertes relacionadas con el sida (5700 [4200–7600] en 2021) han disminuido un 50%. Las nuevas infecciones por VIH entre los niños se redujeron en un 47% entre el 2010 y 2021.

De las personas que vivían con VIH en la región en el 2021, el 84% conocía su estado serológico y el 83% de las personas que conocían su estado serológico estaban accediendo al tratamiento (70% de todas las personas que vivían con VIH). De las personas en tratamiento, el 87% tenía cargas virales suprimidas (61% de todas las personas que viven con VIH). La cobertura de diagnóstico y tratamiento sigue siendo menor en los hombres que en las mujeres, con una brecha que no se está reduciendo (Figura 10.6).

Sólo seis países de la región han incluido la profilaxis oral previa a la exposición diaria (PrEP) en sus directrices nacionales, con cinco países que proporcionan PrEP a través de instalaciones públicas y un país pone a disposición la PrEP a través de la distribución dirigida por la comunidad.^{1,2} Las estrategias de VIH dirigidas por la comunidad deben ampliarse y garantizar una integración adecuada en las respuestas nacionales. La contratación social u otras estrategias pueden garantizar la sostenibilidad a largo plazo de las respuestas dirigidas por la comunidad en la respuesta al VIH (1).

1. Los seis países son: Bahamas, Barbados, Haití, Jamaica, República Dominicana y Santa Lucía.
2. Los cinco países son: Bahamas, Barbados, Haití, República Dominicana y Santa Lucía.

Se necesitan esfuerzos intensificados para aprovechar los facilitadores sociales, como la igualdad de género, la antidiscriminación y la protección social y financiera para mejorar las pruebas, la iniciación del tratamiento y los resultados del tratamiento. El estigma y la discriminación continuos hacia las personas que viven con VIH y las poblaciones clave, y los altos niveles de violencia de género, impiden respuestas eficaces al sida en toda la región (2–5). Se necesita con urgencia liderazgo político, revisión y reforma legal, así como comunicación masiva, campañas de derechos humanos y diálogos comunitarios, para abordar los factores estructurales que limitan el acceso a los servicios y aumentan la vulnerabilidad al VIH.

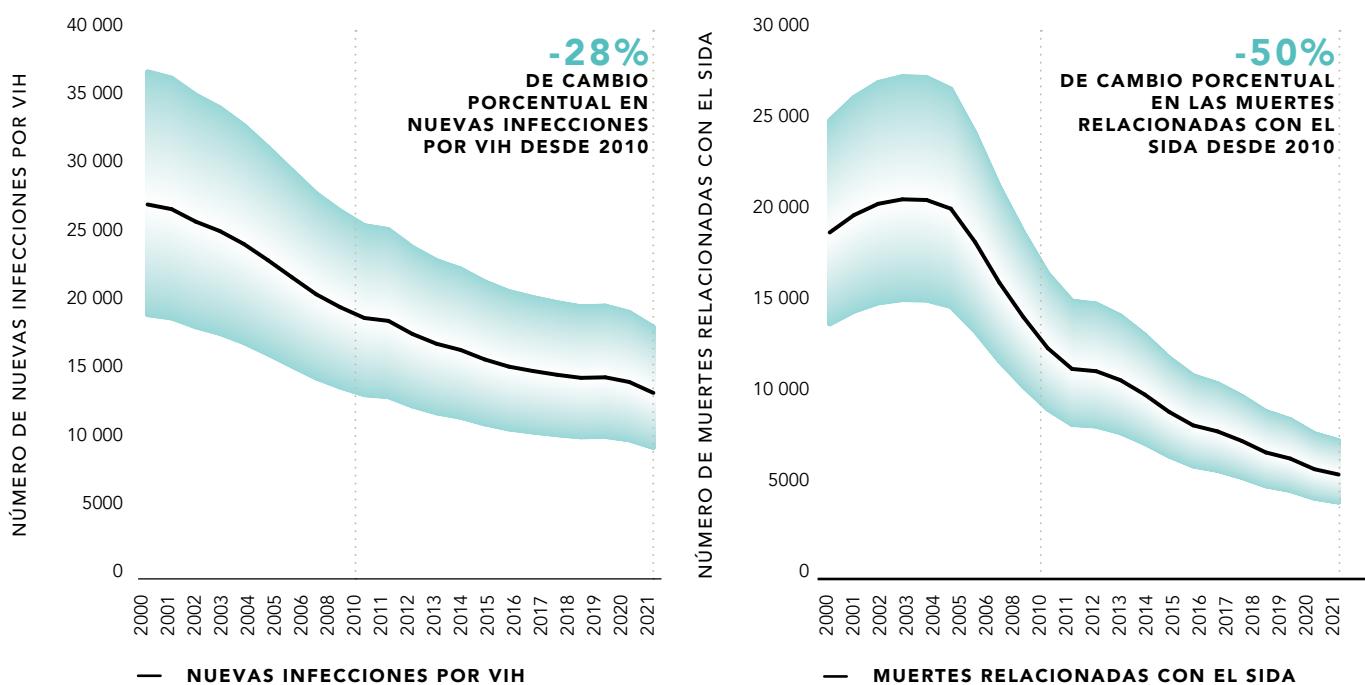
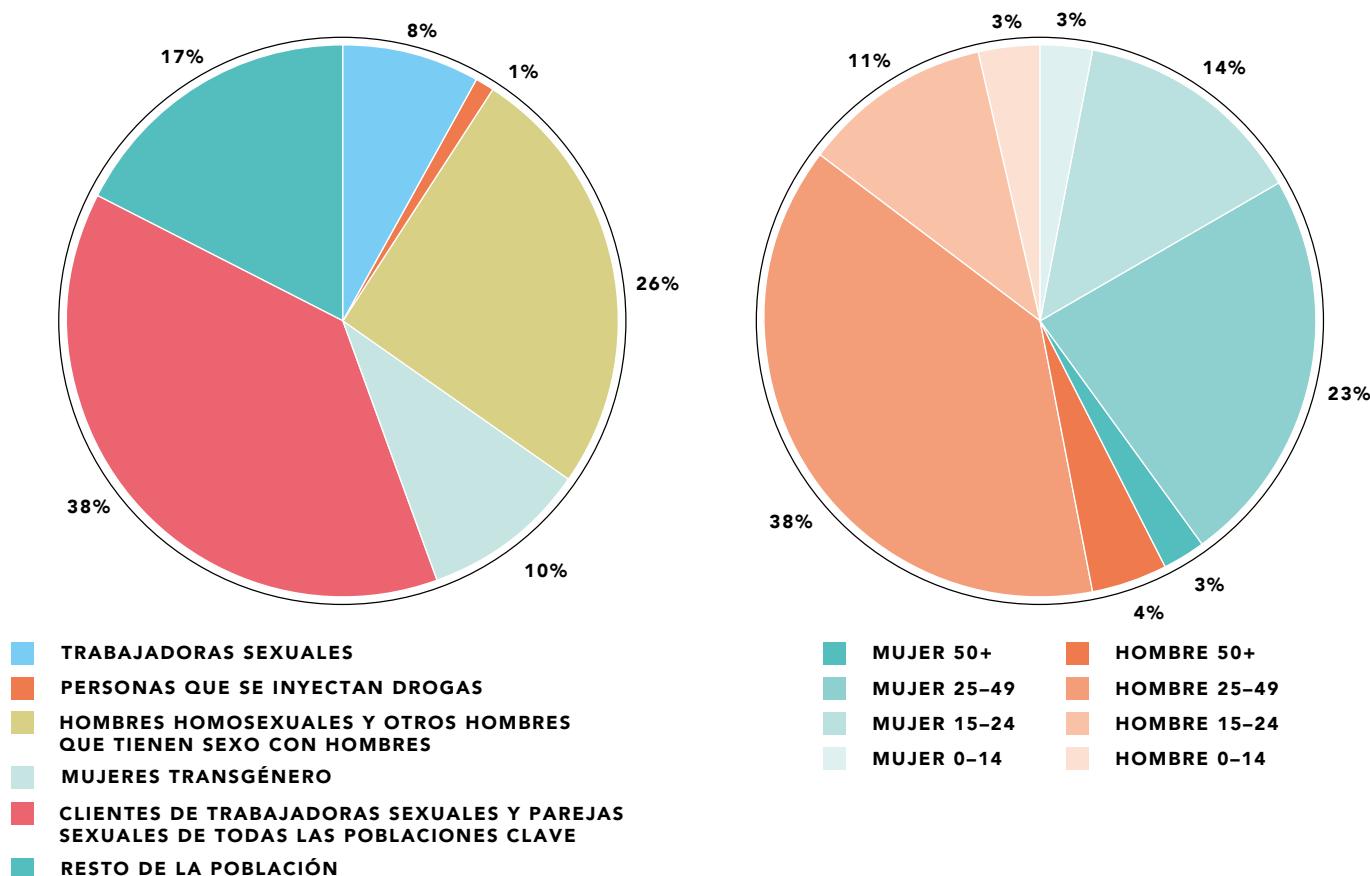
A menudo faltan datos estratégicos sobre áreas clave de la epidemia y la respuesta, como las estimaciones del tamaño de las poblaciones clave y la prestación de servicios. Se requiere de apoyo técnico e inversiones para mejorar y utilizar eficazmente los datos para generar impacto, incluyendo el monitoreo efectivo de los esfuerzos para poner fin a las desigualdades y la integración completa del monitoreo dirigido por la comunidad en los sistemas nacionales de información estratégica.

6

PAÍSES DE LA REGIÓN INCLUYERON LA PREP ORAL DIARIA EN SUS DIRECTRICES NACIONALES

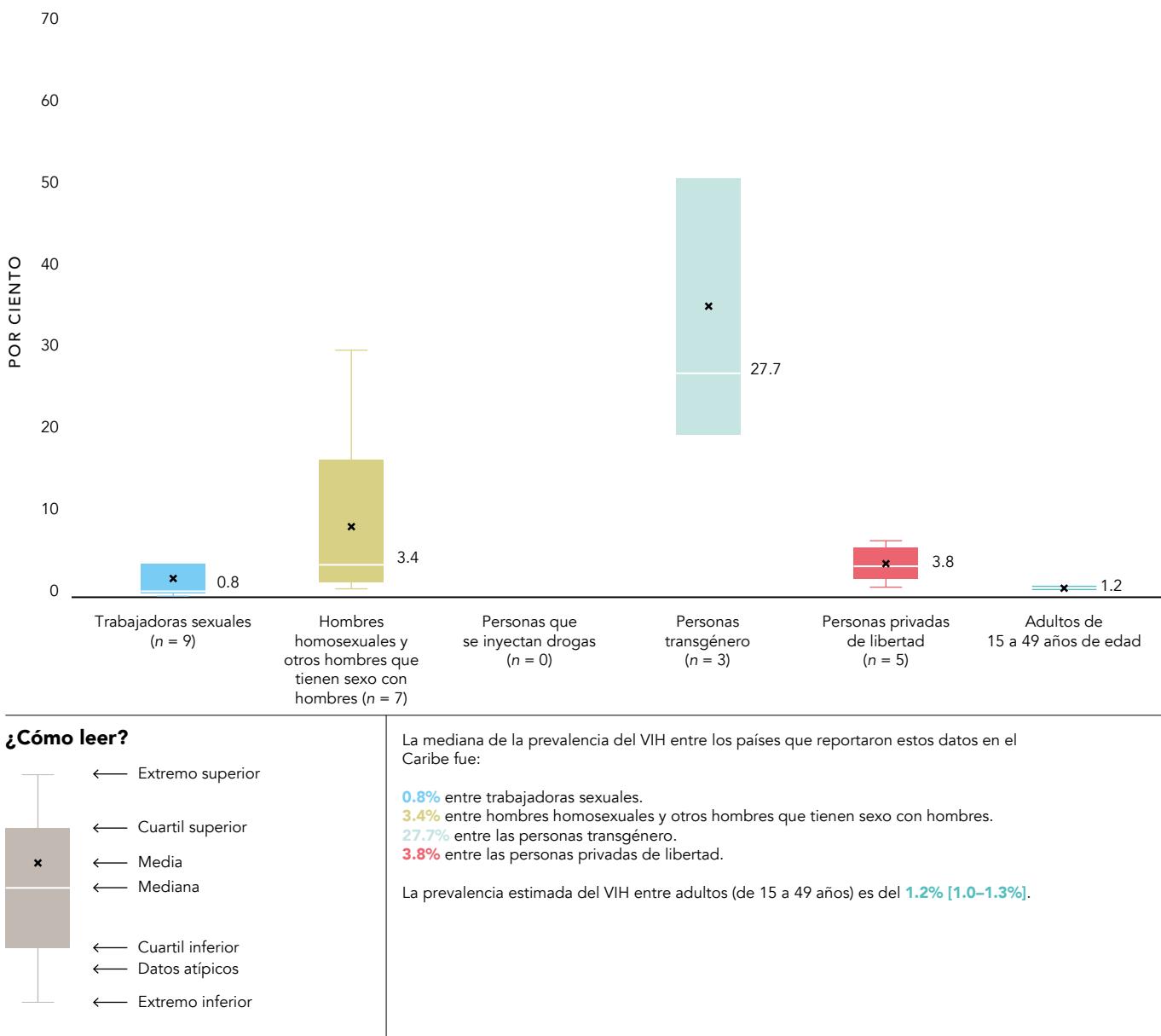


ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 10.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, Caribe, 2000–2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**FIGURA 10.2** Distribución de la adquisición de nuevas infecciones por VIH por población y sexo (de 15 a 49 años), Caribe, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 10.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años), países informantes en el Caribe, 2017-2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 17.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 10.1 Reported estimated size of key populations, Caribbean, 2018–2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Bahamas	210 000									2300	1.11%
República Dominicana	5 800 000									29 100	0.50%
Haití	6 200 000									11 300	0.18%
Jamaica	1 600 000		42 400	2.62%		3800	0.24%				
Santa Lucía	184 000		3000	1.65%						500	0.26%
San Vicente y las Granadinas	111 000										
Surinam	300 000										
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:		1.57%		1.36%		-	0.18%		-		

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
 DATOS INSUFICIENTES

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
 NO HAY DATOS

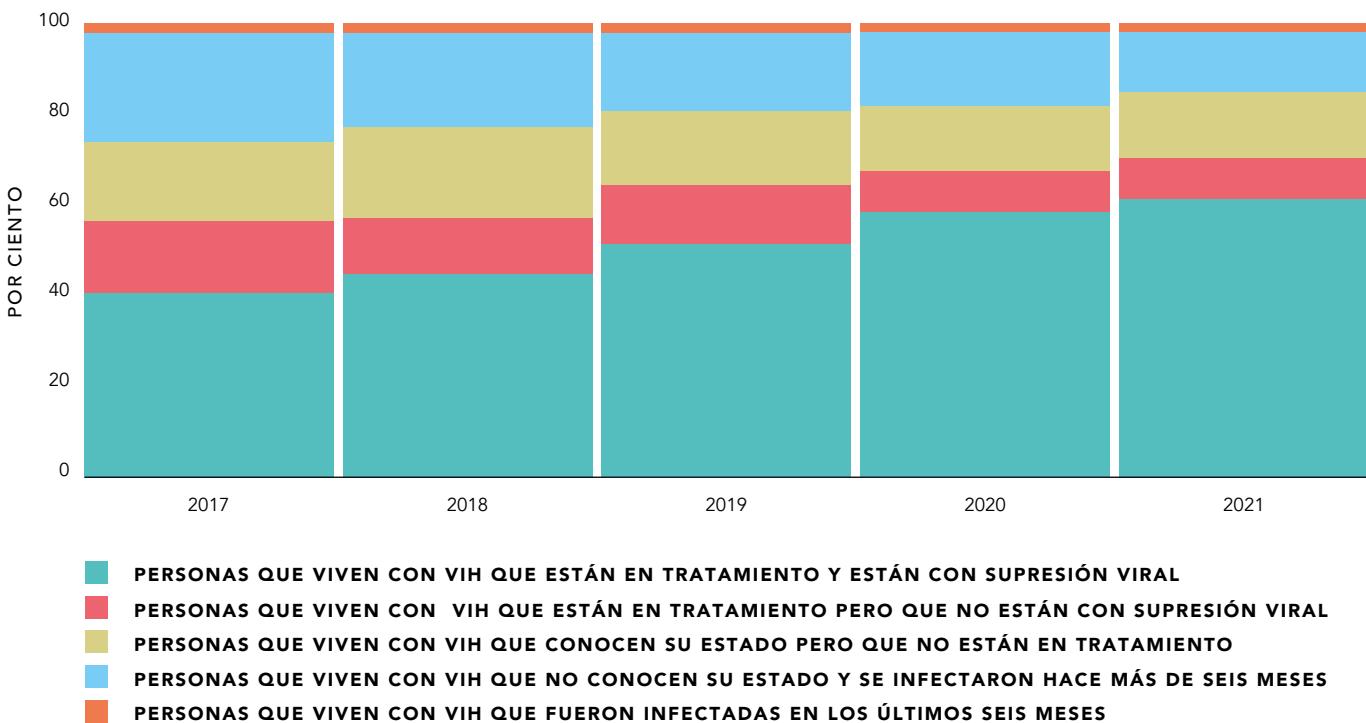
^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022; Perspectivas de la población mundial 2019. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población; 2019 (datos personalizados adquiridos a través del sitio web).

Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

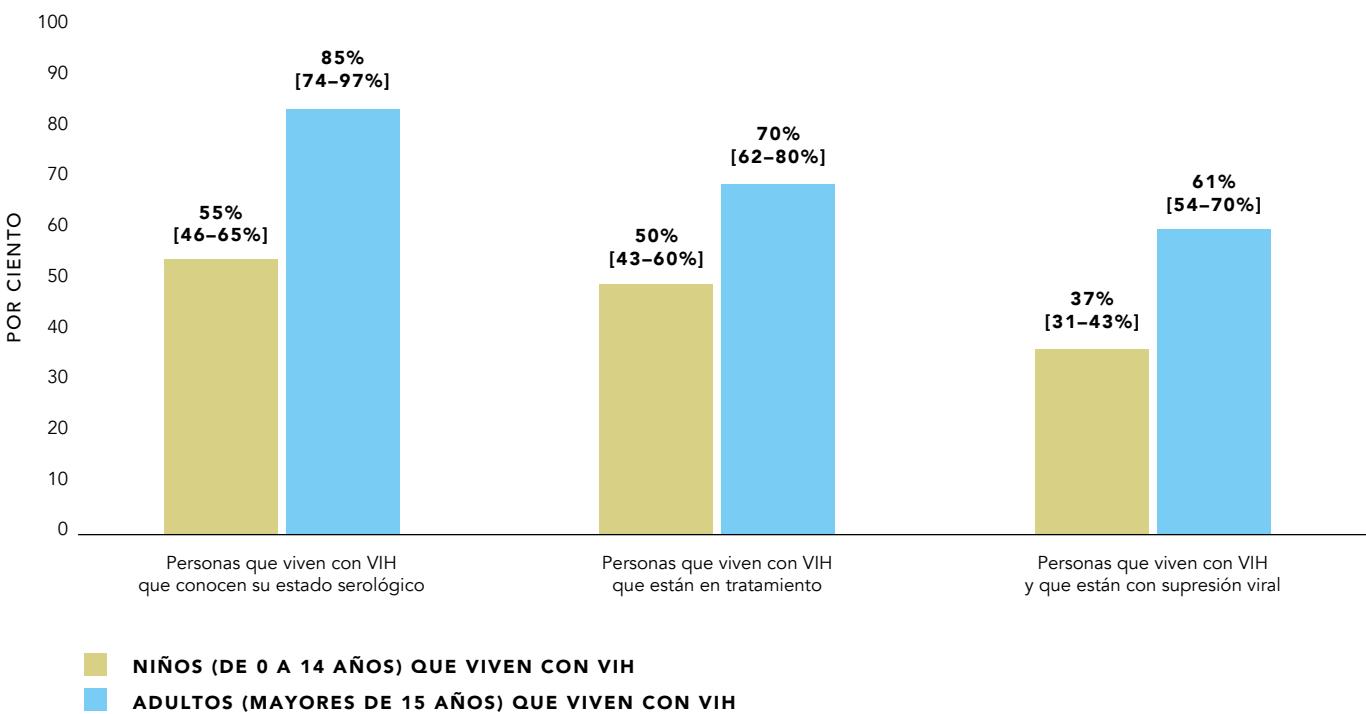
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 10.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), Caribe, 2017-2021



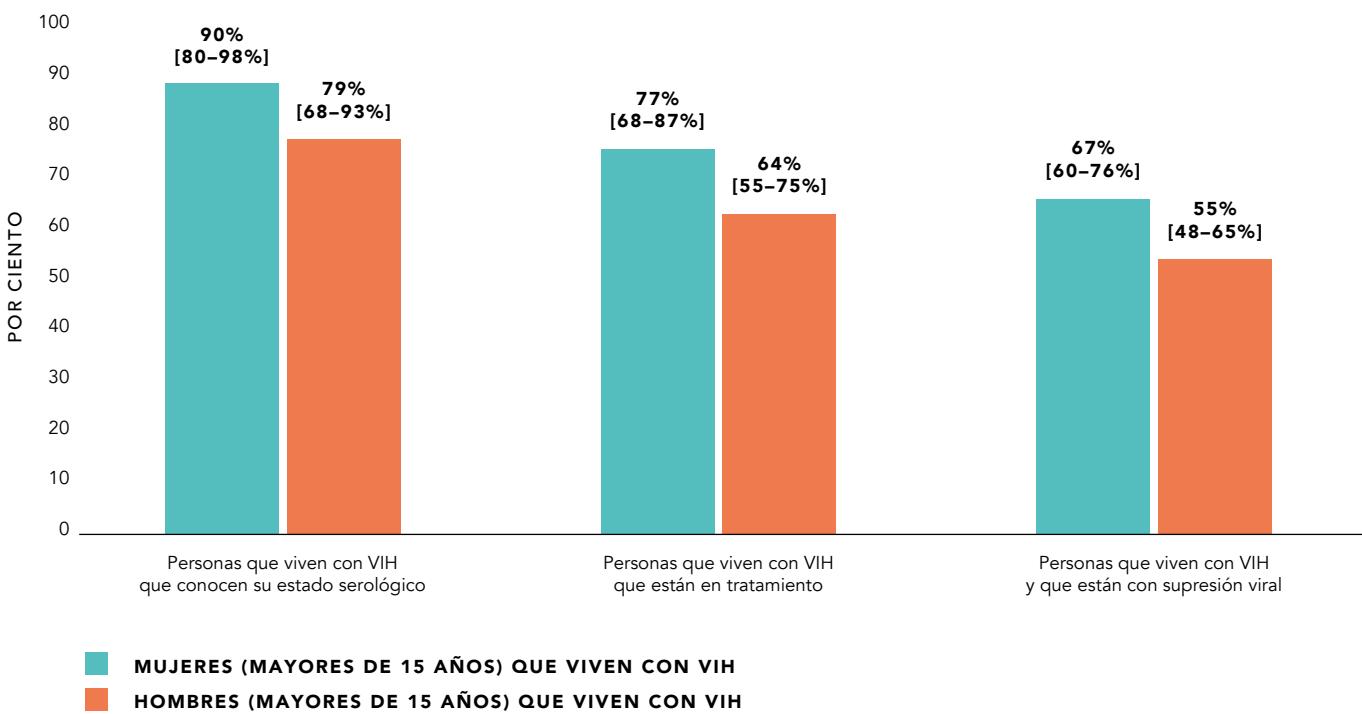
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 10.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), Caribe, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 10.6 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), Caribe, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 10.2 Tabla de puntuación de leyes y políticas, Caribe, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Antigua y Barbuda	3	7	15	1	1		3	3
Bahamas	2	2	2	2	2		2	2
Barbados	2	8	8	2	3		3	1
Belice	6	9	16	20	24		27	
Cuba	3	10	16	5	3		3	3
Dominica	5	11	16		5		5	5
República Dominicana	1	12	1	1	1		1	1
Granada		13	16	21	25			
Guyana	3	14	17	3	1		27	3
Haití	1	1	1	1	1		2	1
Jamaica	1	1	1	1	1		1	1
San Cristóbal y Nieves	2	2	2	22	2		2	2
Santa Lucía	1	1	1	1	1		1	1
San Vicente y las Granadinas		3	18	23	3			3
Surinam	5		16		5		4	4
Trinidad y Tabago	1	2	19	2	1		2	2

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Pena de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

	LEYES DE PROTECCIÓN				
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Antigua y Barbuda	1				3
Bahamas	2		2		2
Barbados					2
Belice					
Cuba	3				3
Dominica					5
República Dominicana	1	1	1	1	1
Granada					
Guyana	3				3
Haití	1	1	1	1	1
Jamaica	1	1	1	1	1
San Cristóbal y Nieves	2	2	2	2	2
Santa Lucía	1	1	1	1	1
San Vicente y las Granadinas					
Surinam					5
Trinidad y Tabago	2	2	2	2	2

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS
<ul style="list-style-type: none"> Sí No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Sí No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> Sí No Datos no disponibles
DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL <ul style="list-style-type: none"> Sí No Datos no disponibles 	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO <ul style="list-style-type: none"> Sí No Datos no disponibles 	

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas..

1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe TRANS LEGAL MAPPING 2019: Reconocimiento ANTE LA LEY. Ginebra: ILGA Mundial; 2020.
7. Antigua y Barbuda. Ley de delitos sexuales de 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
8. Barbados. Ley de delitos sexuales, 1992. Sección 9 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
9. Belice. Código Penal, capítulo 101. Artículo 49 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/68422/66703/F1776464508/BLZ68422.pdf>).
10. Cuba. Código Penal, artículo 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
11. Dominica. Ley de delitos sexuales (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/49696/87821/F1766139650/DMA49696.pdf>).
12. República Dominicana. Código Penal, artículo 334 (<https://www.oas.org/dil/esp/C%C3%B3digo%20Penal%20de%20la%20Rep%C3%BAblica20Dominicana.pdf>);, Compromisos Nacionales e Instrumento de Política, 2022.
13. Granada. Código Penal, capítulo 72A (76 de 1958). Sección 137 (30) (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=686&Itemid=183).
14. Guyana. Artículos 165 a 168, Jurisdicción sumaria (delitos) (http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_guy_summ.pdf).
15. Tribunal Superior de Justicia de Antigua y Barbuda. Orden David y otros c. el Fiscal General de Antigua y Barbuda (<https://www.ecourts.org/orden-david-et-al-v-the-attorney-general-of-antigua-and-barbuda/>).
16. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
17. Guyana. Derecho penal (delitos), capítulo 8:01. Artículo 352 (<https://mola.gov gy/sites/default/files/Cap%20801.pdf#page=184>).
18. San Vicente y las Granadinas. Código Penal, Sección 146 (http://www.oas.org/en/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic5_svg_annex8.pdf).
19. Sentencia del Tribunal Superior de Trinidad y Tabago, 2018. Jason Jones contra Procurador General de Trinidad y Tobago (<https://dloc.com/AA00063330/00001>).
20. Belice. Ley sobre el Uso Indebido de Drogas, Capítulo 103. Edición revisada (2000). Sección 7 (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf).
21. Granada. Ley sobre prevención y fiscalización del uso indebido de drogas (7 de 1992). Capítulo 84A, Sec. 6 (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=710&Itemid=184).
22. San Cristóbal y Nieves. Ley sobre drogas (prevención y reducción del uso indebido y el uso indebido de drogas) (enmienda). (<https://aglcskn.info/wp-content/documents/Annual-Laws/2019/ACTs/Act-6-Drugs-Amendment-2019.pdf>).
23. San Vicente y las Granadinas. Ley de prevención del uso indebido de drogas. Edición revisada 1990. Capítulo 219. Seg. 7(1) (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf).
24. Cameron S, Bernard EJ. Avanzar en la justicia sobre el VIH 3: Crecimiento del movimiento mundial contra la criminalización del VIH. Ámsterdam: HIV Justice Network, mayo de 2019.
25. Red de Justicia contra el VIH [base de datos]. Ámsterdam: Fundación Justicia VIH; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
26. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
27. Base de datos de la Iniciativa de Derechos Sexuales [base de datos]. Iniciativa de Derechos Sexuales; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).

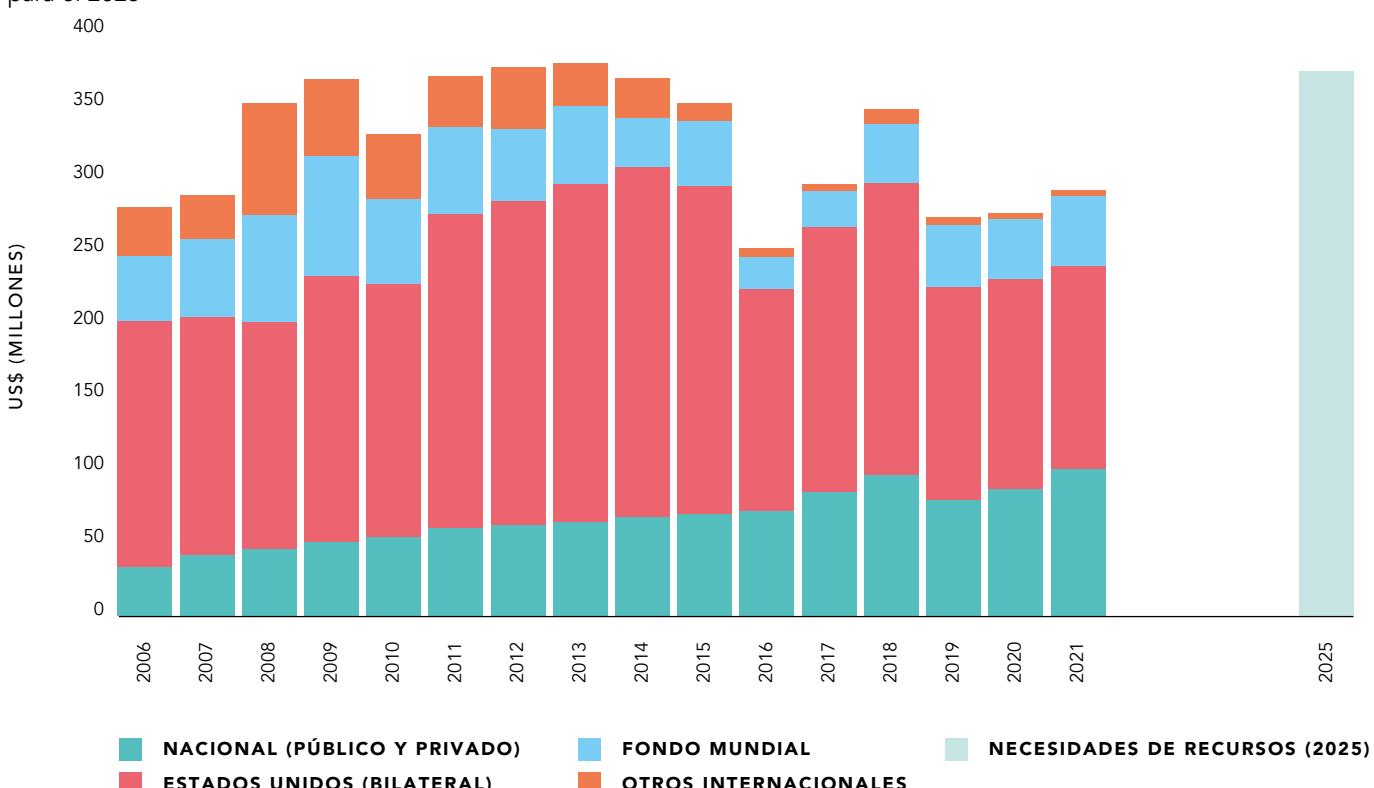
INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

La respuesta regional al VIH sigue dependiendo en gran medida de fuentes externas, y los recursos nacionales representaron sólo el 31% del financiamiento regional para el VIH en el 2021. La financiación bilateral del Gobierno de los Estados Unidos es la principal fuente de financiación externa en la región, con una contribución del 48% de todos los recursos regionales en el 2021; le sigue el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), con un 16%. En general, los recursos nacionales para el VIH en la región aumentaron en un 87% durante el período 2010–2021, mientras que las mayores fuentes de financiamiento externo, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el Fondo Mundial, disminuyeron sus recursos en un 20% y un 19%, respectivamente. Otras fuentes bilaterales de financiamiento disminuyeron en un 91% durante el mismo período.

Existe una brecha de financiamiento del 22% para que la región pueda alcanzar los objetivos de necesidades de recursos para el 2025. Los recursos totales para el VIH disminuyeron un 12% durante la última década, y la región necesita desarrollar un plan integral de movilización de recursos.

La dependencia de los donantes internacionales es especialmente pronunciada para los servicios de prevención combinados para las poblaciones clave. Los gobiernos deben trabajar para aumentar la inversión nacional en VIH y salud, utilizar los recursos disponibles de la manera más eficaz posible y abogar por que los donantes internacionales retrasen su retiro de la región a la luz del daño económico causado por la pandemia de COVID-19.

FIGURA 10.7 Disponibilidad de recursos para el VIH, Caribe, 2010–2020, y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

REFERENCIAS

1. More Territories ready to Invest in Social Contracting. In: Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS [Internet]. 27 April 2022. PANCAP; c2022 (<https://pancap.org/pancap-releases/pancap-collaborating-with-regional-stakeholders-to-advocate-for-social-contracting-as-a-valuable-tool-for-the-hiv-response/>).
2. Global commitments, local action. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf).
3. Confronting inequalities: lessons from pandemic responses from 40 years of AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf).
4. HIV and stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf).
5. GBV In The Caribbean. In: UN Women Caribbean [Internet]. New York: UN Women (<https://caribbean.unwomen.org/en/caribbean-gender-portal/caribbean-gbv-law-portal/gbv-in-the-caribbean>).

PERFILES REGIONALES

MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE



Las nuevas infecciones por VIH en Medio Oriente y África del Norte aumentaron un 33% entre el 2010 y 2021, lo que la convierte en una de las tres regiones del mundo, junto con Europa oriental y Asia central y América Latina, donde el VIH sigue aumentando.¹ La epidemia del VIH en la región está impulsada principalmente por la transmisión entre las poblaciones clave que, junto con sus parejas sexuales, se estima que representaron el 85% de las nuevas infecciones.

Si bien la mortalidad relacionada con el sida ha disminuido un 22% desde el 2010, esta cifra es significativamente menor que la disminución mundial del 52%, y el progreso se ha estancado aún más desde el 2019. Los retrasos en las pruebas de detección del VIH contribuyen a los resultados deficientes del VIH: a partir del 2021, sólo el 67% de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico. Las pruebas inefficientes y el tratamiento subóptimo conducen a un diagnóstico insuficiente, a la transmisión persistente, al tratamiento tardío y al aumento de la mortalidad (1). Una revisión reciente encontró que el porcentaje de personas recién diagnosticadas que se presentaron para hacerse la prueba en una etapa avanzada de la enfermedad del VIH aumentó del 27% en el 2017 al 37% en el 2019 (1).

Además, los servicios de pruebas del VIH no se centran en las poblaciones clave de mayor riesgo (1). Si bien Medio Oriente y África del Norte es la región con la carga de VIH más baja del mundo, a finales de 2021 habían 180 000 [150 000–210 000] personas que vivían con VIH, también es la región con la cobertura más baja de tratamiento del VIH en el mundo (50% de las personas que viven con VIH en 2021) y la proporción más baja de personas que viven con VIH que tienen supresión viral (44% en 2021). La cobertura del diagnóstico y el tratamiento en las mujeres es menor que la de los hombres (a diferencia de la mayoría de las demás regiones), y la cobertura del tratamiento infantil y la prevención de la transmisión vertical del VIH son las más bajas del mundo. Además, Medio Oriente y África del Norte es la única región en la que las infecciones infantiles no han disminuido desde el 2010: sólo el 40% de los niños que viven con VIH accedieron a los servicios de tratamiento del VIH en el 2021, y muchos reciben regímenes subóptimos para el VIH (1).

1. En la ronda de estimaciones de 2022, la República Islámica de Irán se trasladó de la región de Medio Oriente y África del Norte a la región de Asia y el Pacífico (ver el anexo sobre Métodos).

33%**DE AUMENTO DE LAS NUEVAS
INFECCIONES POR VIH EN LA
REGIÓN DEL 2010 AL 2021**

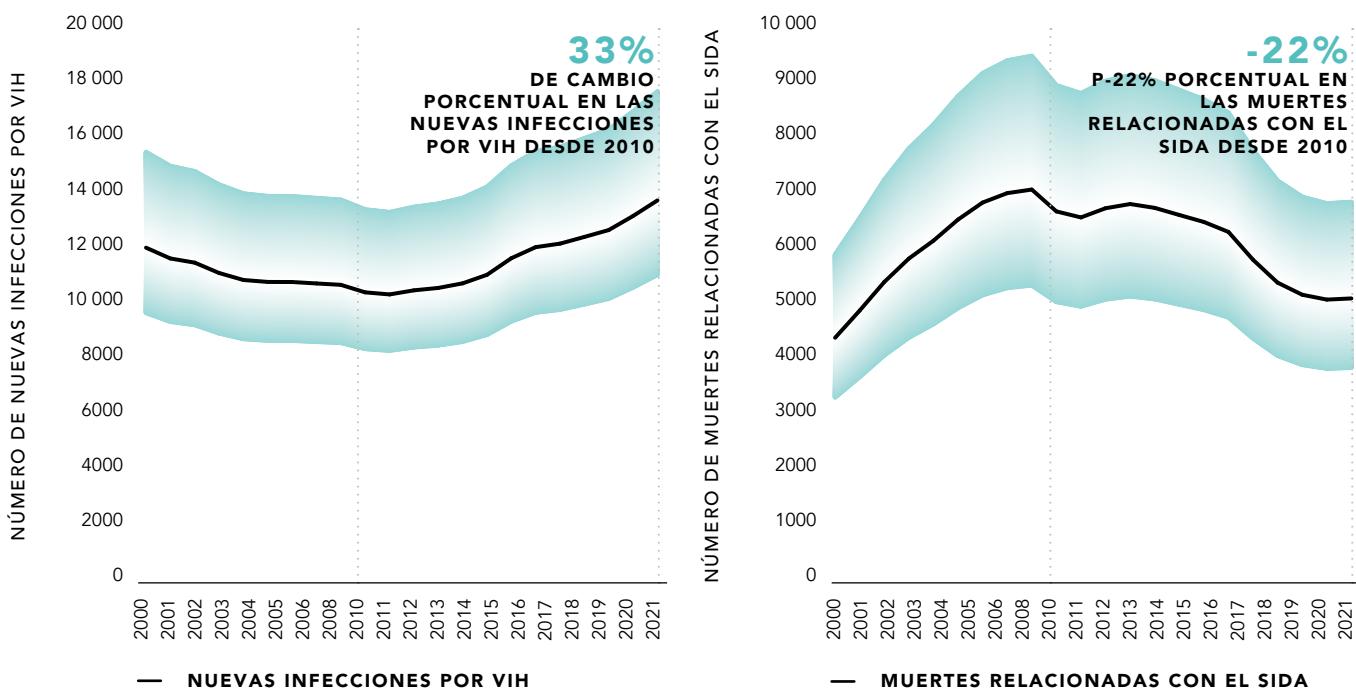
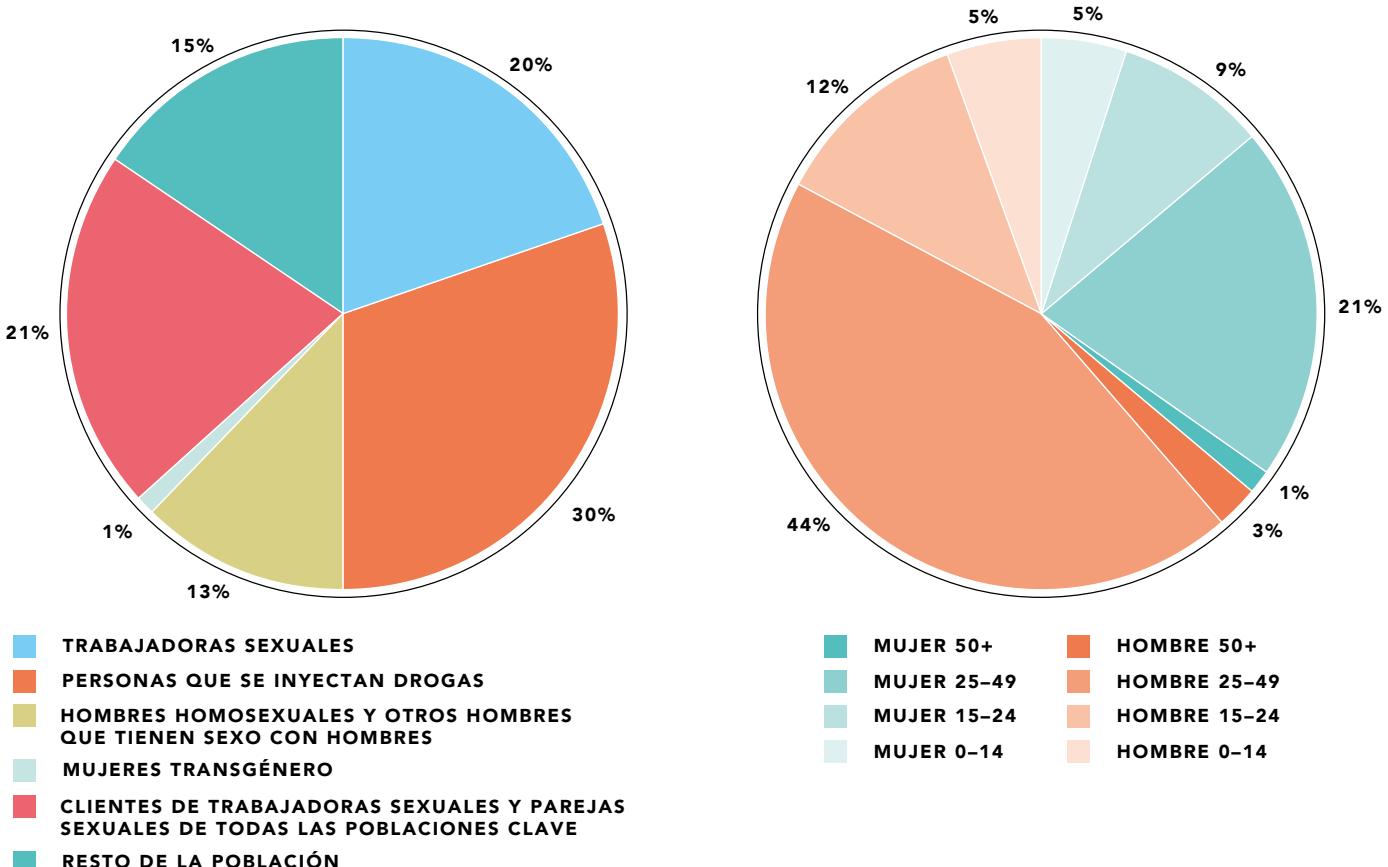
A pesar de este lento progreso regional, algunos países están logrando avances positivos. En el Líbano y Argelia, por ejemplo, más del 80% de las personas que viven con VIH conocen su estado serológico, y en Argelia, más del 90% de las personas que conocen su estado serológico están accediendo a tratamiento. Varios países se encaminan hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH. Con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), las respuestas dirigidas por la comunidad también están cobrando nuevo impulso, y se ha fortalecido el acceso a los servicios relacionados con el VIH para las poblaciones clave y vulnerables afectadas por emergencias humanitarias.

Aprovechar este impulso requerirá esfuerzos coordinados para superar los desafíos clave. La información estratégica sobre el VIH en poblaciones clave sigue siendo limitada u obsoleta (Figura 11.4), lo que socava los esfuerzos para comprender plenamente la naturaleza y la escala de la epidemia y centrarse en las comunidades más necesitadas. Los conflictos armados y los desastres naturales, agravados por los efectos persistentes de COVID-19, también han aumentado las vulnerabilidades relacionadas con el VIH.

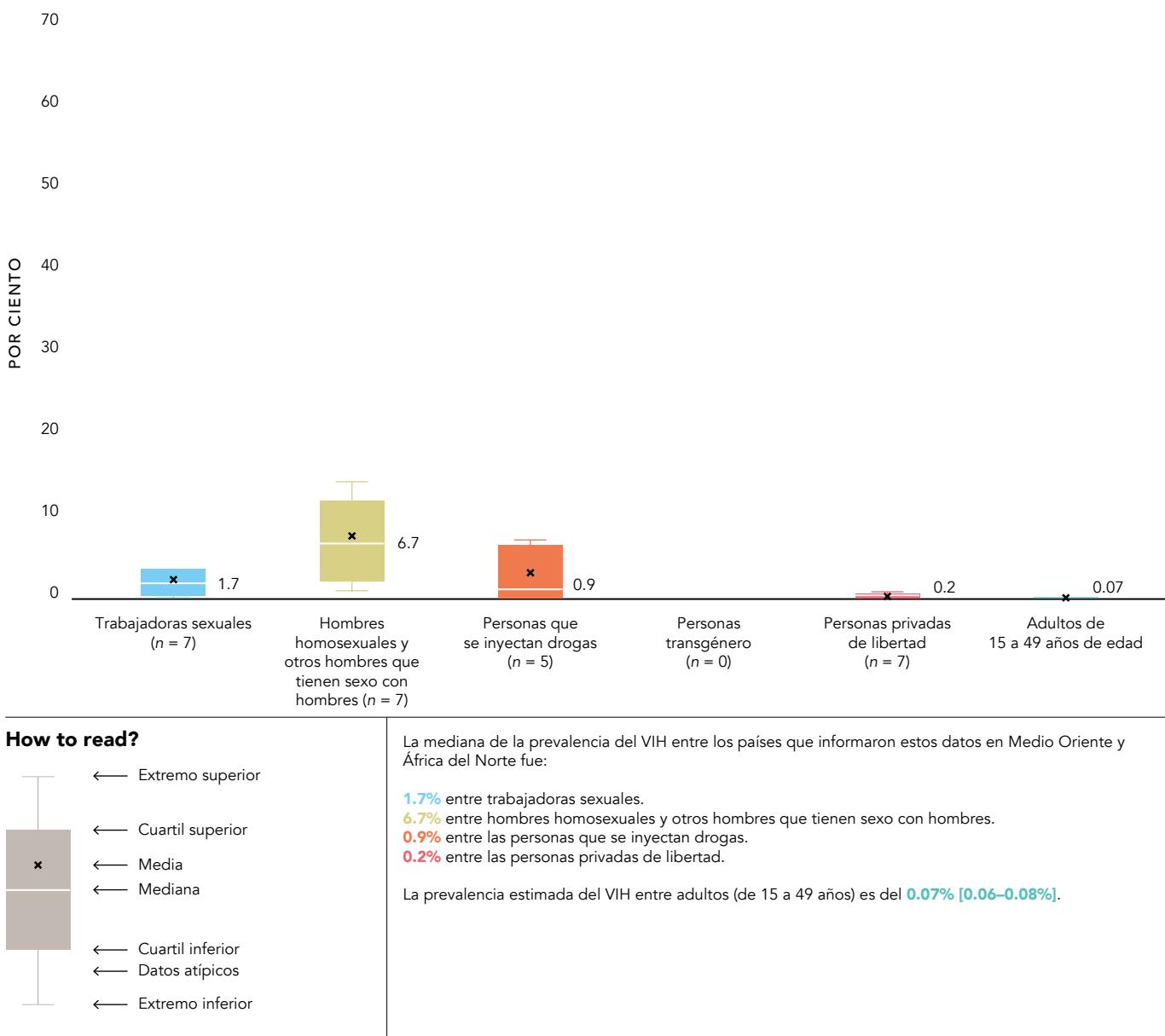
El sida es una condición descuidada en la región, que recibe poca atención política o inversión en muchos países. Encaminar la respuesta regional exige: (a) mayor empoderamiento de las comunidades y la sociedad civil; (b) un mayor compromiso político, reflejado en un aumento de la financiación nacional para el VIH; (c) una mejor integración del VIH en la agenda de desarrollo más amplia; y (d) medidas concertadas para eliminar el estigma y la discriminación profundamente arraigados, incluida la derogación de leyes punitivas que alimentan las desigualdades que impulsan la epidemia.



ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 11.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, Medio Oriente y África del norte, 2000–2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**FIGURA 11.2** Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por grupo de población y sexo (de 15 a 49 años), Oriente Medio y Norte de África, 2021

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022 (ver Anexo sobre Métodos).

FIGURA 11.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave, países informantes en Medio Oriente y África del Norte, 2017-2021

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 20.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 11.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, Medio Oriente y África del Norte, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Kuwait	710 000								5200	0.74%
Líbano	3 200 000		16 500	0.50%						
Marruecos	19 100 000								88 900	0.47%
Omán	1 400 000								3500	
Túnez	6 100 000								22 000	0.36%
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:			0.40%		0.51%		0.20%		-	-

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
■ DATOS INSUFICIENTES

■ ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
■ NO HAY DATOS

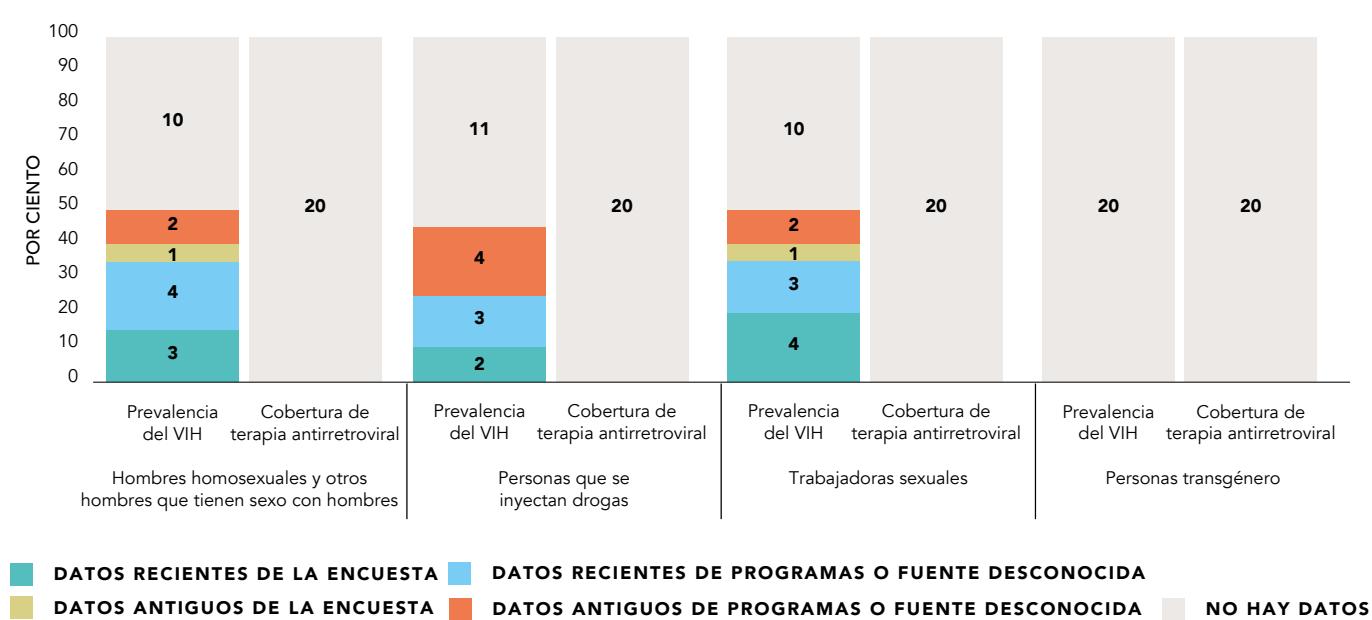
^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018–2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

- Omán: Prisión Central.

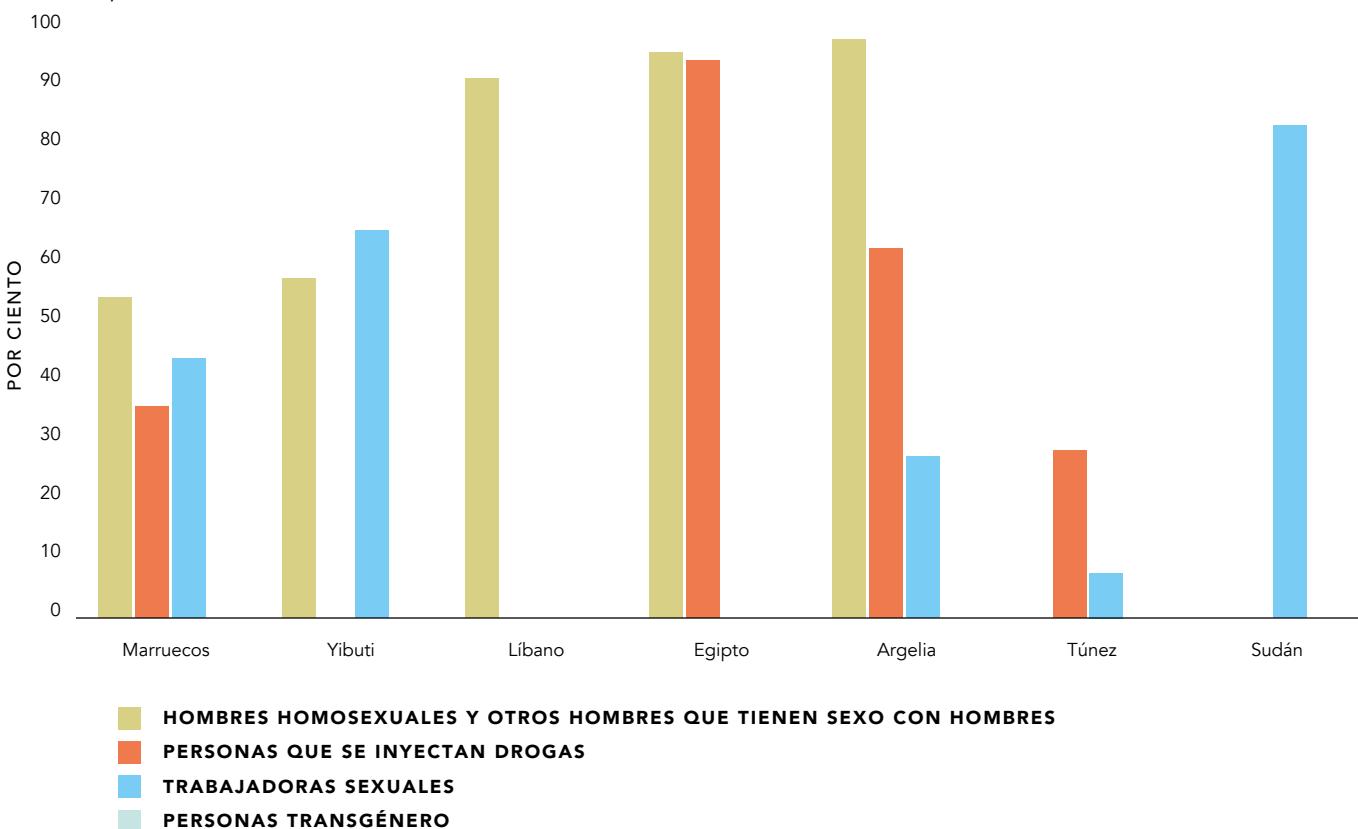
FIGURA 11.4 Disponibilidad de datos sobre las poblaciones clave, Medio Oriente y África del Norte, 2011–2021

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los números en cada barra corresponden al número de países en cada categoría, de un total de 20 países informantes en la región. El año incluido en la tabla refleja el año de los datos informados más recientes. Los datos de prevalencia del VIH entre las personas transgénero solo se han recopilado desde 2015. Los datos de cobertura de la terapia antirretroviral entre cualquier población clave solo se han recopilado desde 2016. En este contexto, reciente significa en los últimos cinco años (2017–2021).

SERVICIOS DE VIH

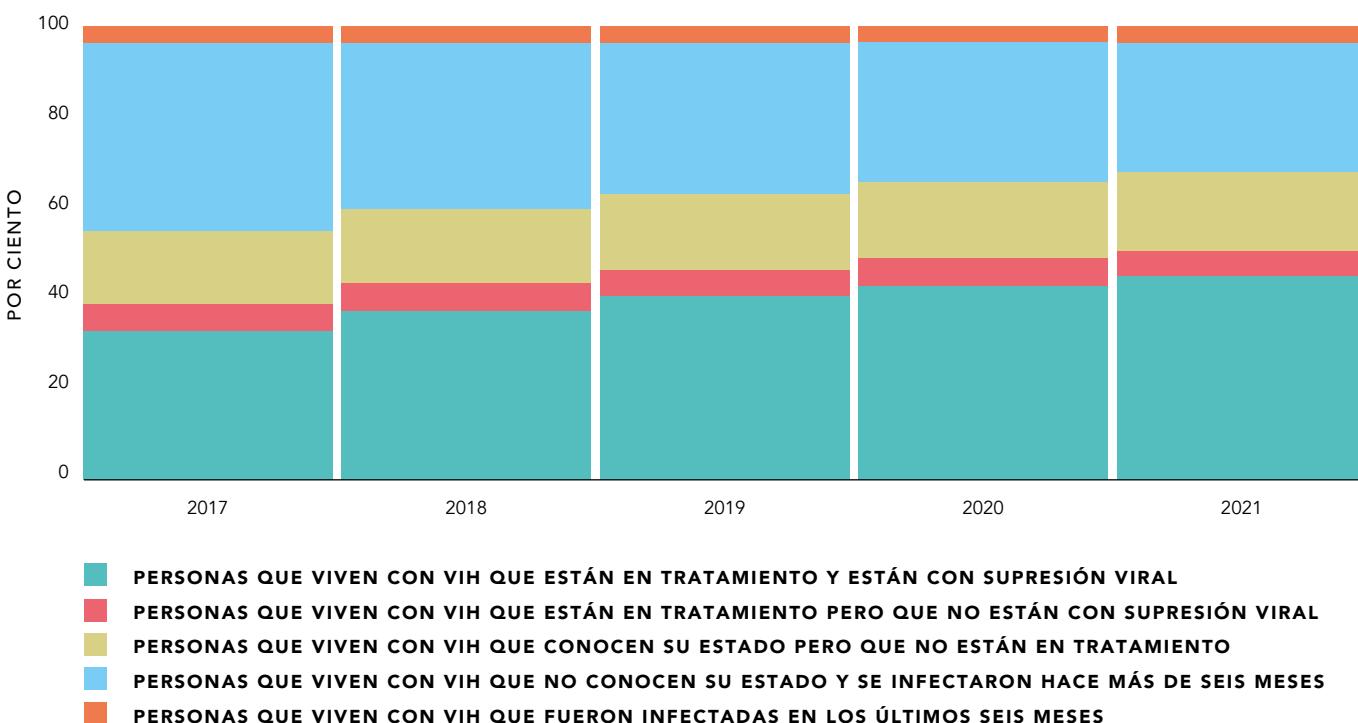
FIGURA 11.5 Concienciación sobre el estado serológico respecto del VIH entre las poblaciones clave, Medio Oriente y África del Norte, 2017-2021



Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

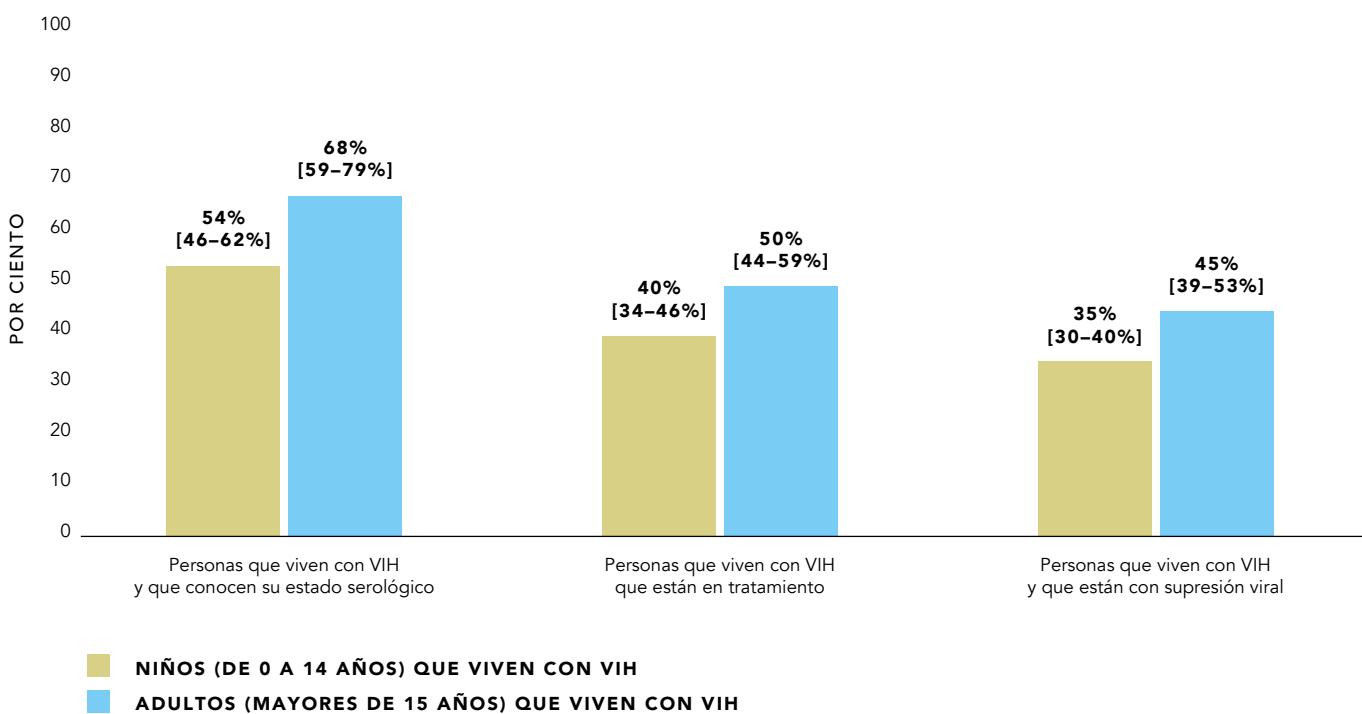
Nota: Los datos incluyen miembros de las poblaciones clave que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses y saben que sus resultados son negativos, y miembros de las poblaciones clave que alguna vez se han hecho la prueba y saben que viven con VIH.

FIGURA 11.6 Personas que viven con VIH y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), Medio Oriente y África del Norte, 2017-2021



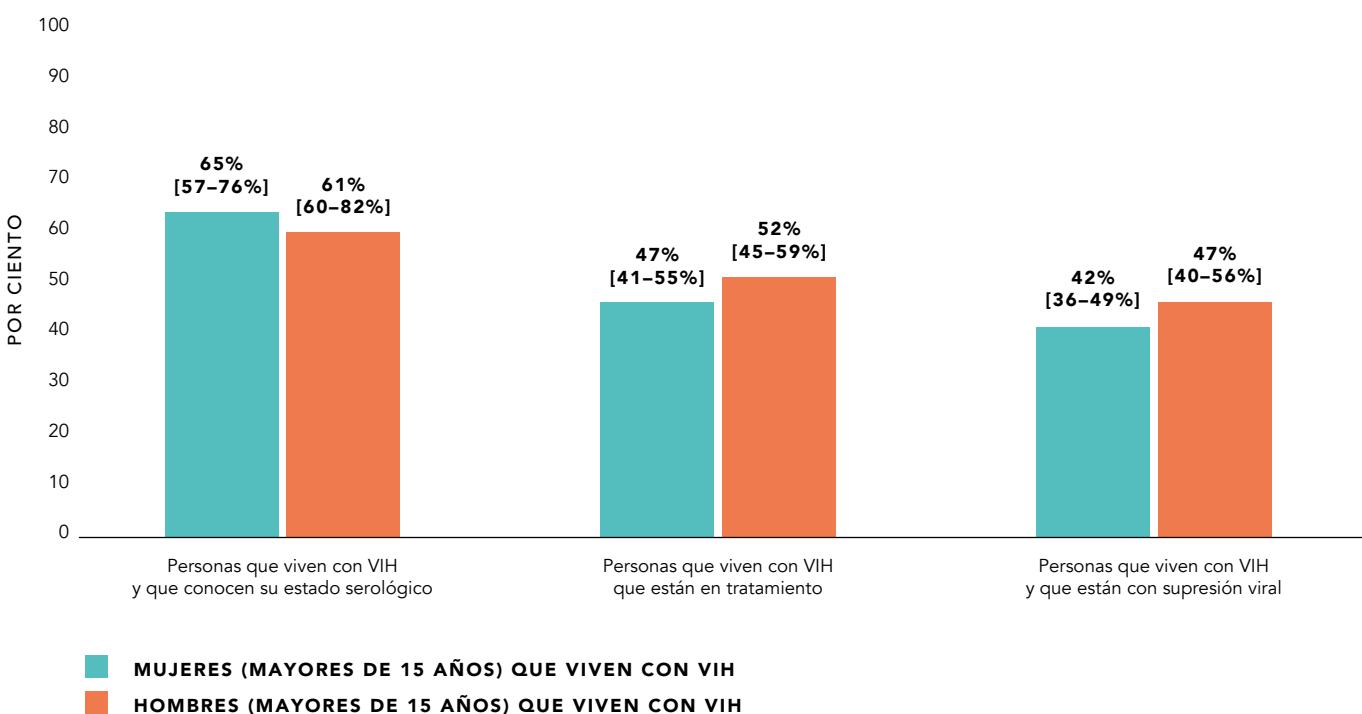
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 11.7 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, niños (de 0 a 14 años) en comparación con adultos (mayores de 15 años), Medio Oriente y África del Norte, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 11.8 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), Oriente Medio y África del Norte, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 11.2 Tabla de puntuación de leyes y políticas, Medio Oriente y África del Norte, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Argelia	5	10	15		5		4	4
Bahrein		11	15	19	21			
Yibuti	6		15	6	21		26	
Egipto	1	1	15	1	1		1	1
Irak		12	15	20	23			
Jordania		13	15				2	4
Kuwait	5	13	15	5	5		4	4
Líbano		7	15	17				
Libia	1	1	1	2	1		2	1
Marruecos	1	1	1	2	1		1	1
Omán	1	1	1	1	1		1	1
Qatar		3	15	3	22			3
Arabia Saudita	3	3	15	3	5		3	3
Somalia		9	15		21		2	
Sudán	1	1	1	1	1		25	1
República Árabe Siria	5	5	15		5		5	5
Túnez	3	3	16	3	3		3	3
Emiratos Árabes Unidos	5	8	15	18	5			5
Yemen		14	15		23			

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Peña de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

LEYES DE PROTECCIÓN					
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Argelia					5
Bahrein					
Yibuti					
Egipto	1	1	1	1	1
Irak					
Jordania					
Kuwait					5
Líbano					
Libia	1	1	2	2	2
Marruecos	1	1	1	2	1
Omán	1	1	1	1	1
Qatar					
Arabia Saudita	3				3
Somalia					
Sudán	1	1	1	1	1
República Árabe Siria					5
Túnez	3				3
Emiratos Árabes Unidos					
Yemen					

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS
<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL	DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO
<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> █ Sí █ No Datos no disponibles

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas..

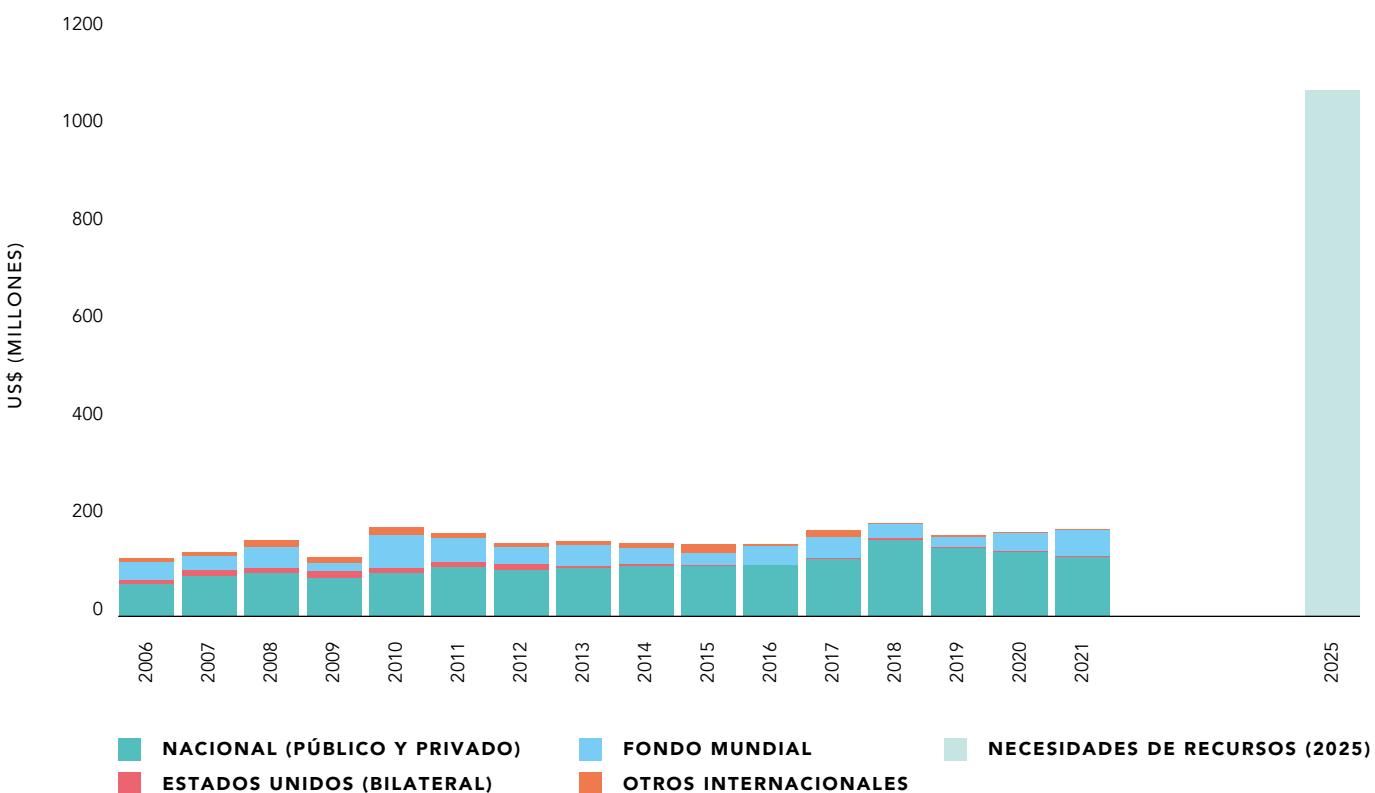
1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Dibuti. Código Penal de Djibouti, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/111743/139414/F1148501931/DJI-111743.pdf>).
7. Líbano. Código Penal, artículo 523 (https://sherloc.unodc.org/cld/legisltaion/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en).
8. Emiratos Árabes Unidos. Código Penal, Artículo 360, 363, 365, 366, 368 (<https://cdn.expatwoman.com/s3fs-public/UAE%20Penal%20Code.pdf>).
9. Somalia. Código Penal, artículos 405 y 407 (<https://www.refworld.org/docid/4bc5906e2.html>).
10. Argelia. Código Penal, artículo 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).
11. Bahrein. Código Penal de Bahrein, 1976. Artículo 326 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bhr/1976/penal-code_html/Bahrain_Penal_Code-Decree_No_15_of_1976_EN_translation_-_non_official.pdf).
12. Iraq: Justicia de género y derecho. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2018 (https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/public/Iraq%20Country%20Assessment%20-%20English_0.pdf).
13. Panorama general de las leyes sobre la trata y la prostitución en el Oriente Medio y África. Londres: Fundación Thomson Reuters; 2012 (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).
14. Yemen. Decreto Republicano de Ley Nº 12 para el año 1994 sobre delitos y penas (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83557/92354/F1549605860/YEM83557.pdf>).
15. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_Legislation_overview_update_December_2020.pdf).
16. Túnez. Código Penal, artículo 230 (<https://learningpartnership.org/sites/default/files/resources/pdfs/Tunisia-Penal-Code-2010-French.pdf>).
17. Líbano. Ley Libanesa sobre Violaciones de Drogas (<https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf>).
18. Gobierno de los Emiratos Árabes Unidos. Ley Federal 14, 1995 (<https://government.ae/en/information-and-services/healthand-fitness/drugs-and-controlled-medicines>).
19. Reino de Bahrein. Ley Nº 15 de 2007 sobre Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas. Artículo 2.
20. República del Iraq. Ley Nº 11 de 1988 Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.
21. Cameron S, Bernard EJ. Avanzar en la justicia sobre el VIH 3: Crecimiento del movimiento mundial contra la criminalización del VIH. Ámsterdam: HIV Justice Network, mayo de 2019.
22. Bernard EJ, Cameron S. Avanzando la justicia sobre el VIH 2: Impulsando la defensa mundial contra la criminalización del VIH. Brighton y Ámsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016.
23. Red de Justicia contra el VIH [base de datos]. Ámsterdam: Fundación Justicia VIH; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
24. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
25. Directrices nacionales consolidadas para los servicios de pruebas del VIH. Gobierno de Sudán: Ministerio Federal de Salud; 2016.
26. República de Djibouti. Décret Nº 2008-0182/PR/MS portant Institution des NORMES et Directives en Matière de Conseil Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en République de Yibuti. Artículo 19 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf).

INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

En comparación con otras regiones, y con los objetivos para el 2025 de la Estrategia mundial contra el sida, la región de Medio Oriente y África del Norte se está quedando atrás en lo que respecta a la financiación de la respuesta al VIH de la región. En la última década, el financiamiento total para el VIH en la región ha crecido apenas un 4% (Figura 11.9). El financiamiento interno representó el 68% de todos los recursos disponibles para el VIH en la región en el 2021, un aumento del 21% en la última década. Sin embargo, el total de recursos internacionales disminuyó en un 20% durante este período.

En el 2021, el 30% de todo el financiamiento para el VIH en la región provino del Fondo Mundial. Hubo un aumento del 10% en el nivel de desembolsos del Fondo Mundial en la región durante la última década, pero los recursos de todos los demás donantes internacionales disminuyeron un 83% durante el mismo período. Reducir la brecha de financiamiento para lograr los objetivos para el 2025 requerirá que todos los socios de financiamiento, incluyendo gobiernos nacionales, otros donantes, bancos de desarrollo, fundaciones filantrópicas e instituciones de financiamiento para el desarrollo, se unan y trabajen para movilizar los recursos necesarios. Las tendencias del VIH en la región van en la dirección equivocada, lo que refleja la necesidad urgente de un mayor financiamiento de las pruebas, el tratamiento y, lo que es más importante, la prevención.

FIGURA 11.9 Disponibilidad de recursos para el VIH, Medio Oriente y África del Norte, 2010-2020, y necesidades estimadas de recursos para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

REFERENCIAS

1. Mugisa B, Sabry A, Hutin Y, Hermez J. HIV epidemiology in the WHO Eastern Mediterranean region: a multicountry programme review. *The Lancet HIV*. 2022;9(2):E112-E119.

PERFILES REGIONALES

EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL



Europa oriental y Asia central tienen la epidemia de VIH de más rápido crecimiento en el mundo. En el 2021, 160 000 [130 000–180 000] personas se infectaron por VIH, lo que representa un aumento del 48% desde el 2010. El número de muertes relacionadas con el sida en la región en el 2021 (44 000 [36 000–53 000]) es 32% mayor que el número de muertes en el 2010.

La cobertura de los servicios regionales de prevención y tratamiento del VIH sigue siendo insuficiente. En el 2021, el 63% de las personas que vivían con VIH conocían su estado, el 81% de las personas que conocían su estado seropositivo estaban en tratamiento (51% de todas las personas que vivían con VIH) y el 94% de las personas que estaban en tratamiento estaban viralmente suprimidas (48% de todas las personas infectadas). Las prácticas inseguras de inyección siguen siendo un factor importante en la epidemia de la región. La terapia de sustitución de opioides está disponible en Armenia, Kazajstán, Kirguistán y la República de Moldova, pero llega a pocas personas en Kazajstán y no está disponible en Uzbekistán o Turkmenistán.

El estigma y la discriminación siguen bloqueando las respuestas eficaces al sida. Los estudios han documentado altos niveles de estigma contra el VIH y las poblaciones clave: en Tayikistán, por ejemplo, sólo el 23% de las personas que viven con VIH encuestadas informaron haber tenido una experiencia positiva tras revelar su estado de VIH positivo (1). El COVID-19 también puso de manifiesto una epidemia de violencia contra las mujeres en toda la región y aumentó la vulnerabilidad económica de las mujeres (2).

Los marcos jurídicos y normativos varían en la región. La transmisión del VIH, la exposición y la no divulgación están tipificadas como delitos en todos los países, excepto Bosnia y Herzegovina y el norte de Macedonia, aunque el enjuiciamiento varía de un país a otro. El trabajo sexual y el uso de drogas están despenalizados en algunos países de la región, pero aún se siguen llevando a cabo acusaciones por trabajo sexual organizado y posesión de drogas. Si bien algunos países (Armenia, Kazajstán, Kirguistán, la República de Moldova y Tayikistán) han despenalizado las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el estigma contra los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres sigue siendo común, incluidos los informes de violencia policial.

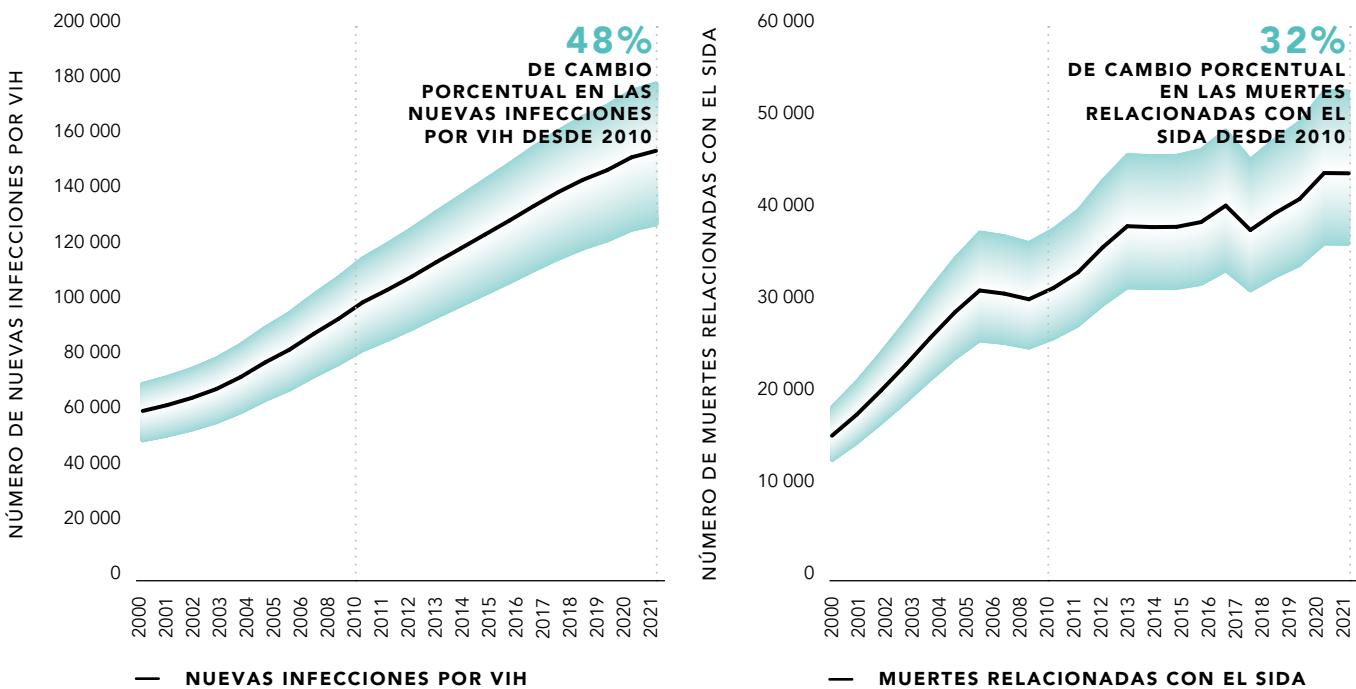
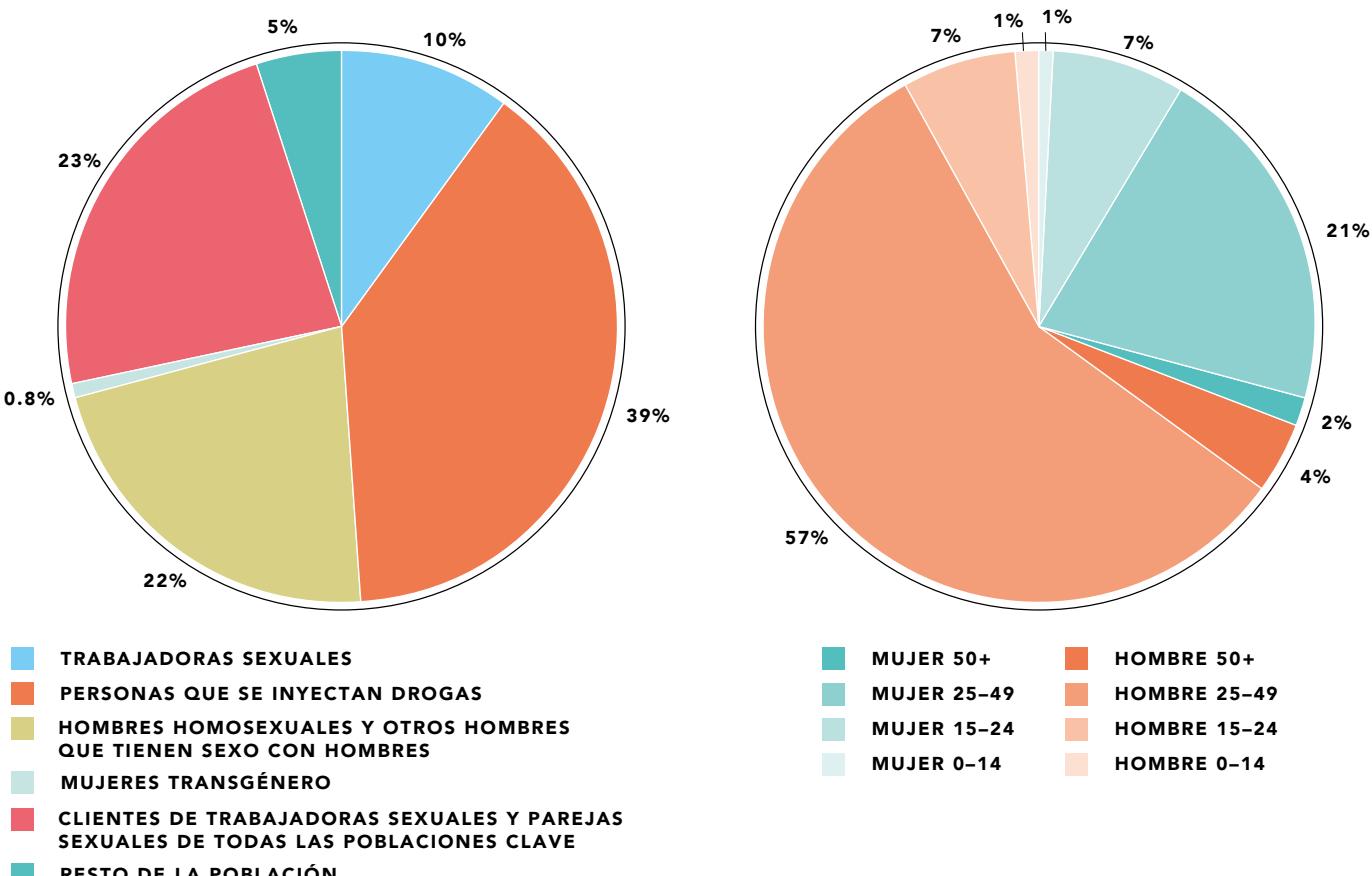
En febrero de 2022, la Federación de Rusia invadió Ucrania, hogar de 240 000 [220 000–280 000] personas que viven con VIH. La guerra ha provocado una crisis humanitaria que ha afectado gravemente la infraestructura de salud de Ucrania y ha provocado una interrupción generalizada de los servicios de salud. Mantener el acceso a los servicios de salud (incluido el mayor programa de terapia de sustitución de opioides de la región), así como a los alimentos, la vivienda y la seguridad personal, ha resultado especialmente difícil para los más de 15.7 millones de personas que necesitan asistencia humanitaria urgente y los más de 7.1 millones de personas desplazadas por la guerra, incluyendo a las personas que viven con VIH (3).

48%

AUMENTO DEL 48% EN LAS
NUEVAS INFECCIONES POR VIH
EN LA REGIÓN DESDE EL 2010

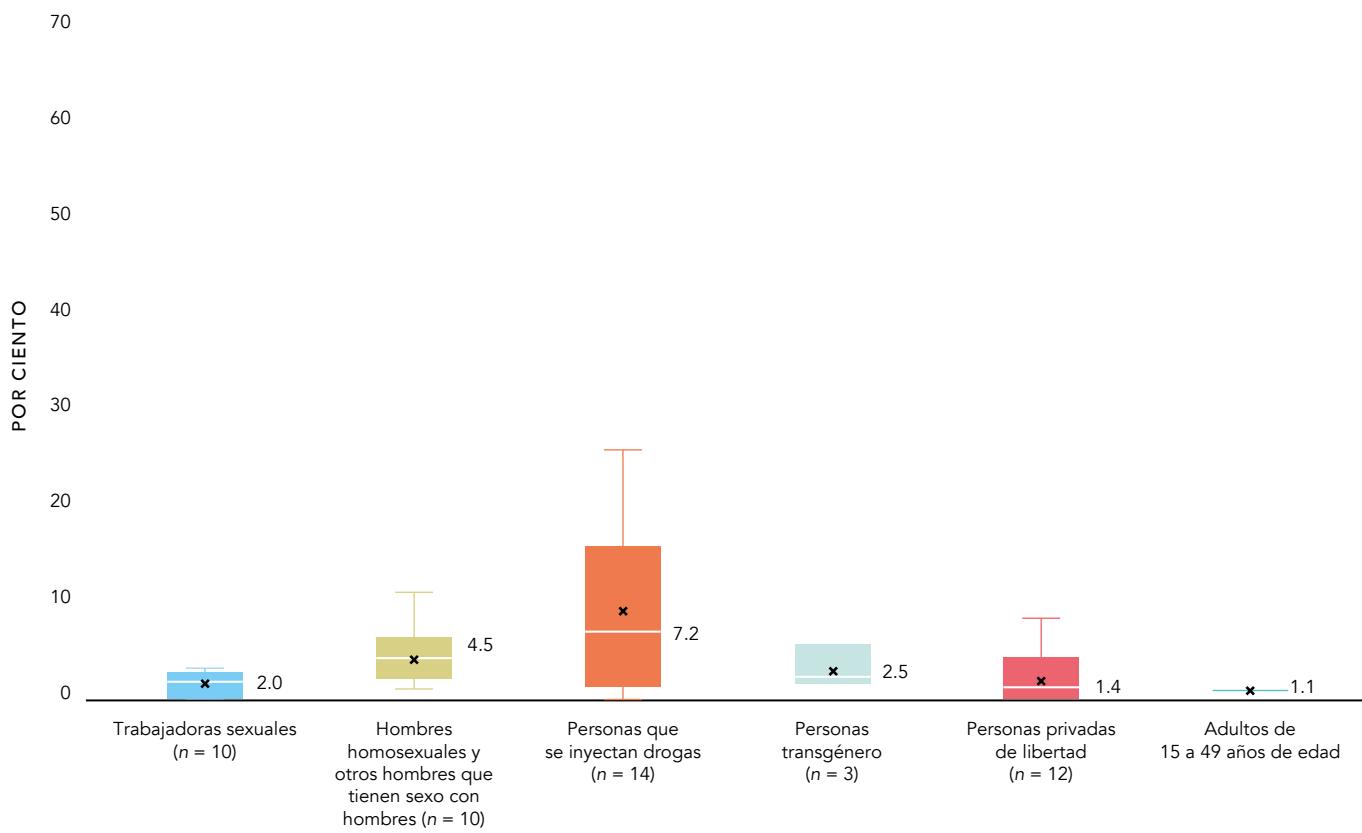


ESTADO DE LA PANDEMIA

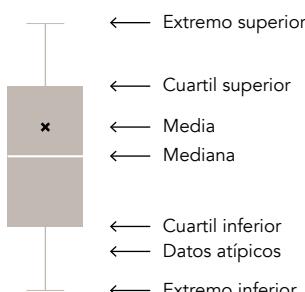
FIGURA 12.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, Europa oriental y Asia central, 2000–2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**FIGURA 12.2** Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por grupo de población y sexo (de 15 a 49 años), Europa oriental y Asia central, 2021

Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

FIGURA 12.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años de edad), países informantes de Europa oriental y Asia central, 2017-2021



¿Cómo leer?



La mediana de la prevalencia del VIH entre los países que informaron estos datos en Europa oriental y Asia central fue:

2.0% entre trabajadoras sexuales.

4.5% entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

7.2% entre las personas que se inyectan drogas.

2.5% entre las personas transgénero.

1.4% entre las personas privadas de libertad.

La prevalencia estimada del VIH entre adultos (de 15 a 49 años) es del **1.1% [1.0-1.2%]**.

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 16.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 12.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, Europa oriental y Asia central, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales		Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)		Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres		Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)		Personas que se inyectan drogas		Personas transgénero		Personas privadas de libertad	
Albania	1 400 000													2200	0.15%
Armenia	1 500 000	8100	0.54%	22 700	1.51%	141 00	0.94%	1000	0.07%						
Azerbaiyán	5 400 000	31 900	0.58%			60 300	1.10%								
Bielorrusia	4 300 000	18 600	0.43%	32 000	0.73%	80 000	1.83%								
Georgia	1 800 000			18 500	0.99%									10 000	0.56%
Kazajstán	9 300 000	20 300	0.22%			85 300	0.92%								
Montenegro	300 000														
Norte de Macedonia	1 000 000					6800	0.64%							2300	0.20%
República de Moldova	1 300 000	15 800	1.23%	14 600	1.14%	27 500	2.14%								
Tayikistán	4 900 000	17 500	0.38%												
Ucrania	20 400 000	86 600	0.41%	179 000	0.85%	350 000	1.66%	8200	0.04%	46 900	0.23%				
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:				0.40%		1.06%		1.50%		-	-				

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL
 DATOS INSUFICIENTES

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
 NO HAY DATOS

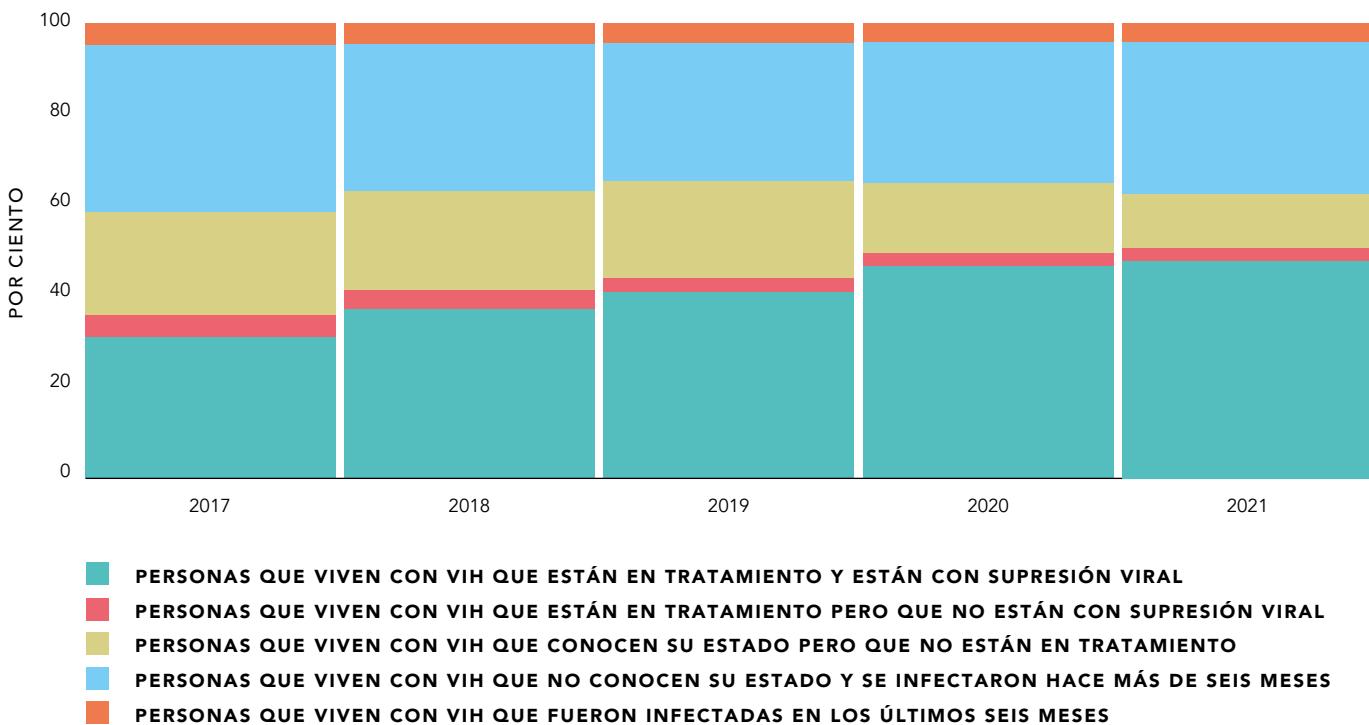
^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022.

Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

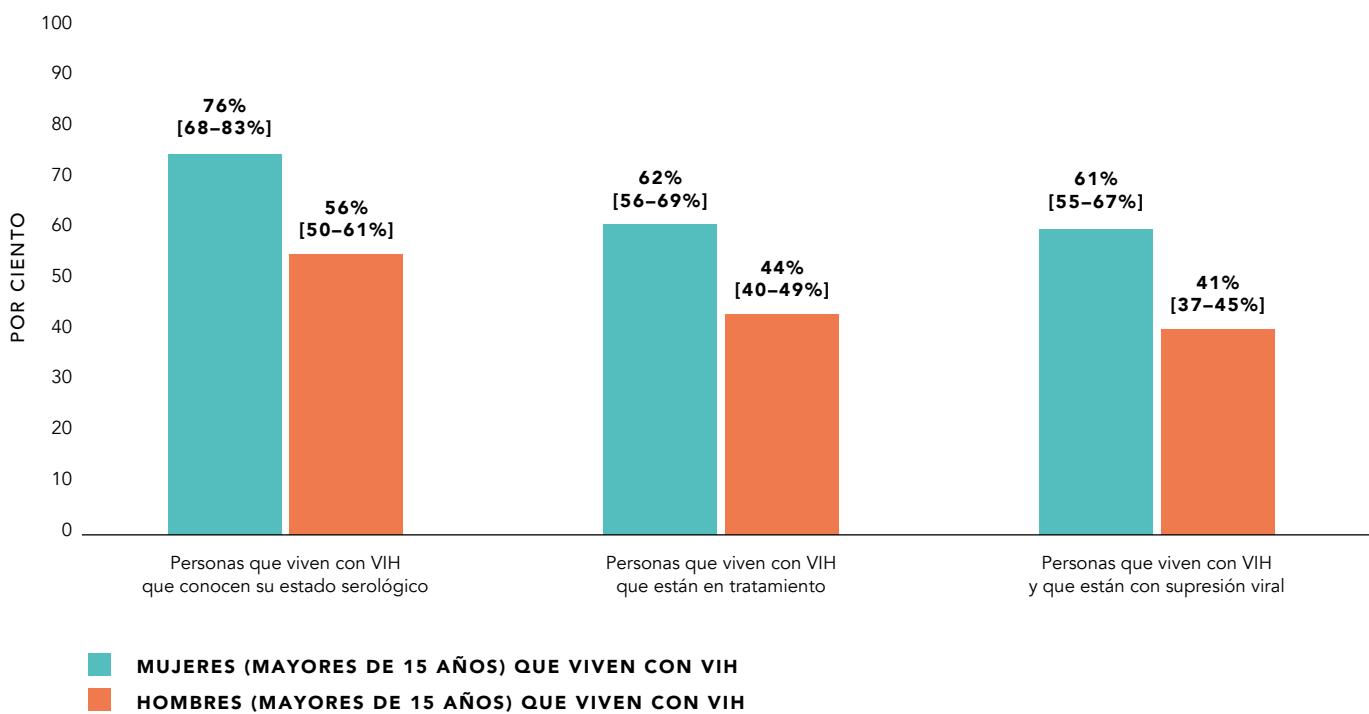
SERVICIOS DE VIH

FIGURA 12.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), Europa oriental y Asia central, 2017-2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 12.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), Europa oriental y Asia central, 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

Nota: Las cifras de supresión viral de 2021 son la proyección provisional del ONUSIDA, a la espera de datos actualizados.

LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 12.2 Tabla de Puntuación de leyes y políticas, Europa oriental y Asia central, 2022

	LEYES PUNITIVAS							
	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo en privado	Penalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas	Leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH ²¹	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia, o para ciertos grupos
Albania	1	1	1	1	1		1	1
Armenia	1	1	1	2	1		3	1
Azerbaiyán	1	5	10	1	1		2	1
Bielorrusia	1	1	1	1	1		2	1
Bosnia y Herzegovina		6	10		11			
Georgia	1	1	1	1	1		1	1
Kazajstán	1	7	1	1	1		14	1
Kirguistán	1	1	1	1	1		1	1
Montenegro	3	3	3	3	12		3	3
Norte de Macedonia		8	10		11			
República de Moldova	1	1	1	1	1		1	1
Federación de Rusia	3	9	10		12		3	3
Tayikistán	2	1	1	1	1		1	1
Turkmenistán	4		10		12			
Ucrania	1	1	1	1	1		1	1
Uzbekistán	1	1	1	2	1		2	1

CRIMINALIZACIÓN DE PERSONAS TRANSGÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está penalizado
- Datos no disponibles

CRIMINALIZACIÓN DE ACTOS SEXUALES DEL MISMO SEXO EN PRIVADO

- Pena de muerte
- Prisión (de 14 años de vida, hasta 14 años) o no se especifica ninguna pena
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

PENALIZACIÓN DE LA POSESIÓN DE PEQUEÑAS CANTIDADES DE DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

LEYES QUE PENALIZAN LA TRANSMISIÓN, LA NO DIVULGACIÓN O LA EXPOSICIÓN AL VIH

- Sí
- No, pero los juicios se basan en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

LEYES O POLÍTICAS QUE RESTRINGEN LA ENTRADA, ESTANCIA Y RESIDENCIA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir la realización de pruebas o la divulgación del VIH para obtener algunos permisos
- Prohibir la estadía corta y/o larga y requerir la prueba o revelación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas de VIH o revelación para algunos permisos
- Sin restricciones

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

PRUEBAS OBLIGATORIAS DEL VIH PARA PERMISOS DE MATRIMONIO, TRABAJO O RESIDENCIA, O PARA CIERTOS GRUPOS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

	LEYES DE PROTECCIÓN				
	Leyes que protegen contra la discriminación basada en el estado del VIH	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para el trabajo sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación en materia de orientación sexual	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación relativas a la identidad de género	Disposiciones constitucionales u otras disposiciones de no discriminación para las personas que se inyectan drogas
Albania	1				
Armenia	1	1	1	2	2
Azerbaiyán	2				3
Bielorrusia	1	2	2	1	1
Bosnia y Herzegovina					
Georgia	1	1	1	1	1
Kazajstán	1	1	1	1	1
Kirguistán	1			1	1
Montenegro	3				3
Norte de Macedonia					
República de Moldova	1	1	1	1	2
Federación de Rusia					
Tayikistán	1	2	2	1	2
Turkmenistán					
Ucrania	1	2	1	1	1
Uzbekistán	2				

LEYES QUE PROTEGEN CONTRA LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN EL ESTADO DEL VIH

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA EL TRABAJO SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN EN MATERIA DE ORIENTACIÓN SEXUAL

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN RELATIVAS A LA IDENTIDAD DE GÉNERO

- Sí
- No
- Datos no disponibles

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES U OTRAS DISPOSICIONES DE NO DISCRIMINACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

- Sí
- No
- Datos no disponibles

1. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de políticas y compromisos nacionales de ONUSIDA, 2022 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe TRANS LEGAL MAPPING 2019: Reconocimiento ANTE LA LEY. Ginebra: ILGA Mundial; 2020.
5. Azerbaiyán. Código de delitos administrativos, 2000 (<https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=2591>); Compromisos nacionales e Instrumento de Política, 2022.
6. Bosnia y Herzegovina. El Código Penal de Bosnia y Herzegovina (<https://rm.coe.int/bih-criminal-code-consolidated-text/16806415c8>).
7. Kazajstán. Código Penal, artículo 371 (<https://adilet.zan.kz/eng/docs/K970000167>).
8. Norte de Macedonia. Ley de faltas contra el orden público, artículo 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
9. La Federación de Rusia. El Código Penal de la Federación de Rusia. N° 63-FZ de 13 de junio de 1996. Artículo 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ruru080en.pdf>).
10. Mendo LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. Homofobia patrocinada por el Estado 2020: Actualización de la legislación global. Ginebra: ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
11. Red de Justicia contra el VIH [base de datos]. Ámsterdam: Fundación Justicia VIH; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
12. Cameron S, Bernard EJ. Avanzar en la justicia sobre el VIH 3: Crecimiento del movimiento mundial contra la criminalización del VIH. Ámsterdam: HIV Justice Network, mayo de 2019.
13. Aún no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
14. Kazajstán. Capítulo 2, artículos 9,1 y 9,2, Orden del Ministro de Salud de la República de Kazajstán, de fecha 20 de diciembre de 2020. No. КР ДСМ -285/2020 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/112718/140961/F-606983908/KAZ-112718.pdf>).

Notas: Las disposiciones constitucionales o de otra índole contra la discriminación se refieren a si los tribunales/políticas gubernamentales han interpretado que las prohibiciones constitucionales de discriminación incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género o las personas que consumen drogas y/o si existen otras disposiciones legislativas contra la discriminación que especificar trabajo sexual, orientación sexual, identidad de género o personas que consumen drogas.

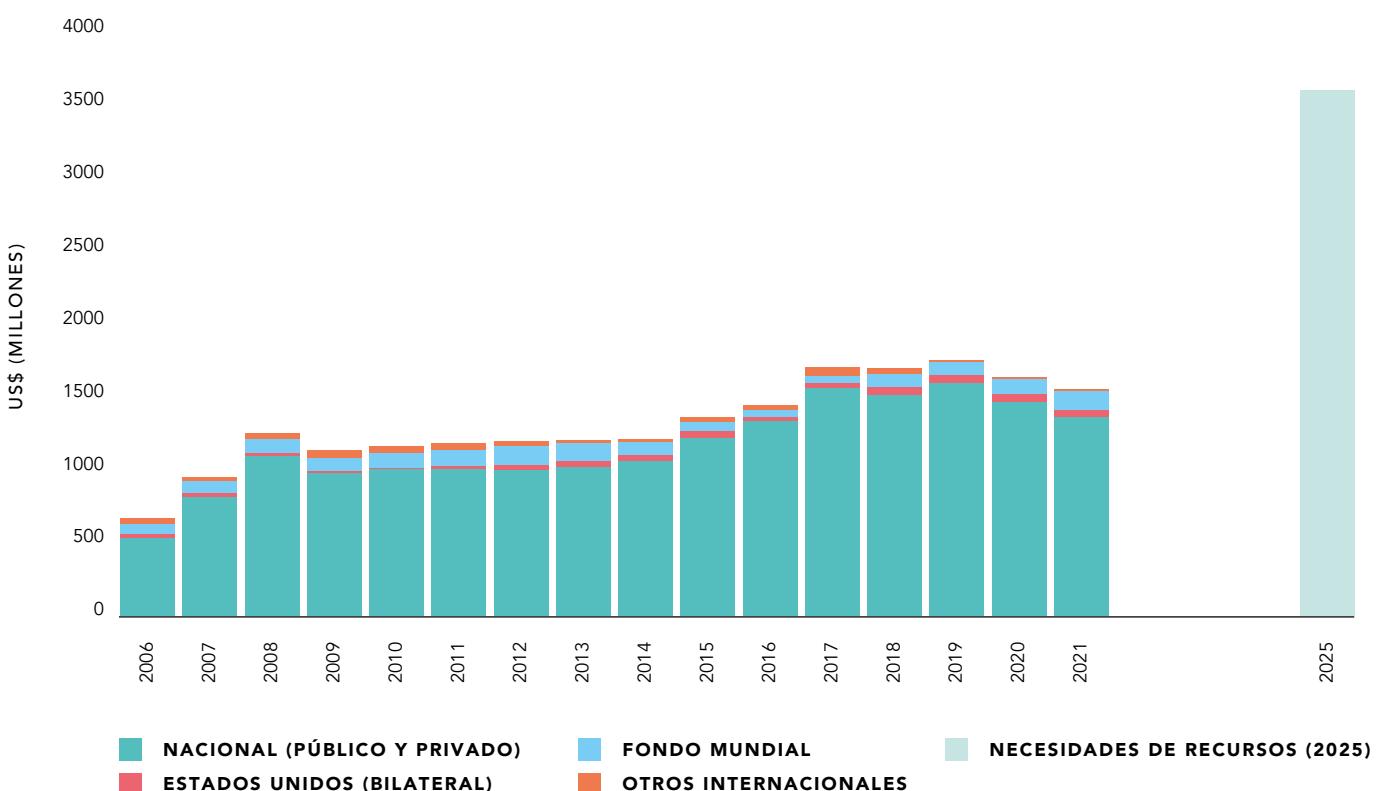
INVERTIR PARA ACABAR CON EL SIDA

La incidencia del VIH está aumentando y la reducción de la mortalidad relacionada con el sida está ausente en la región. La población más afectada por el aumento de las nuevas infecciones son las personas que se inyectan drogas y sus familias; los altos costos del tratamiento y la falta de fondos para intervenciones eficaces aumentan su vulnerabilidad.

Desde el 2018, los datos de 12 países sugieren que el 6% de los recursos para el VIH se asignaron a la prevención. La mayoría de los países dependen del financiamiento interno para servicios de prevención para las personas que se inyectan drogas, pero algunos países todavía dependen de recursos internacionales para el 100% de sus programas. El gasto interno actual en programas no es suficiente para cubrir la cobertura necesaria para alcanzar los objetivos para el 2025 ni para reducir la incidencia del VIH. Se requiere financiación adicional para alterar la trayectoria de las nuevas infecciones por VIH.

El impacto económico de la actual crisis de guerra en Ucrania en la región de Europa oriental y Asia central parece ser significativo, al igual que la economía mundial está mostrando señales de recuperación de la crisis inducida por el COVID-19. En el 2021, el 88% de los recursos para el VIH en la región procedían de fuentes nacionales. El total de recursos para el VIH en la región debe multiplicarse por 2.3 para el 2025, a fin de alcanzar las metas establecidas en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2021: Acabar con las desigualdades y encaminarse hacia el fin del sida para el año 2030.

FIGURA 12.6 Disponibilidad de recursos para el VIH, Europa oriental y Asia central, 2010-2020, y necesidades estimadas de recursos para el VIH para el 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelado del impacto epidemiológico de los objetivos de ONUSIDA para el 2025 para acabar con el sida como amenaza para la salud pública para el 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes para el 2019.

REFERENCIAS

1. *The People Living with HIV Stigma Index 2.0: Tajikistan 2021.* Dushnabe (TJ): Spin Plus; 2021 (https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2022/03/Tajikistan-SI-Report-2021_English.pdf).
2. *Gender assessments in Europe and central Asia reveal COVID-19's devastating impact on women.* New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/UN-Women-Impact-story-Gender-assessments-in-Europe-and-Central-Asia-en.pdf>).
3. *Ukraine situation: flash update #17.* New York: UNHCR Regional Bureau for Europe; 2022 (<https://data.unhcr.org/en/documents/details/93659>).

PERFILES REGIONALES

EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE



Europa occidental y central y América del Norte siguen avanzando hacia la erradicación del sida, pero la región todavía contiene 2.3 millones de personas que viven con VIH [1.9 millones–2.6 millones]. Desde el 2010 al 2021, las nuevas infecciones disminuyeron en un 16% y las muertes relacionadas con el sida disminuyeron en un 34%. Los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres representaron el 68% de los nuevos diagnósticos de VIH en los Estados Unidos de América en el 2020, y el 64% en la región de Europa occidental y central y América del Norte en el 2021 (1). En los Estados Unidos, los nuevos diagnósticos de VIH en 2014–2018 aumentaron entre las personas que se inyectan drogas por primera vez en 20 años, y las muertes por sobredosis de drogas aumentaron a más de 108 000 en el 2021 (2, 3).

La región avanza constantemente hacia los dos primeros objetivos 95 (pruebas y tratamiento del VIH). Varios países han cumplido algunos o los tres objetivos 95–95–95 (Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte alcanzaron los tres objetivos en el 2020). En general, ONUSIDA proyecta que, en el 2021, alrededor del 91% de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico respecto al VIH, el 93% de las personas que conocían su estado serológico recibieron terapia antirretroviral y el 89% de las personas que recibían tratamiento habían suprimido la carga viral. Los resultados fueron aproximadamente similares para hombres y mujeres. Sin embargo, en los Estados Unidos el 87% de las personas que vivían con VIH conocían su estado serológico en el 2019, y sólo el 83% de las personas en tratamiento habían suprimido la carga viral (4). Además, algunos países de la parte oriental de la región siguen estando por debajo del 90%–95% con varios objetivos, en particular la cobertura de la terapia antirretroviral (como Bulgaria, Grecia, Lituania, Rumania y Serbia).

Los resultados recientes de los programas y las tendencias epidémicas aún deben confirmarse una vez que los sistemas nacionales de información de salud se hayan recuperado de las interrupciones del sistema relacionadas con COVID-19. Entre los países que presentaron informes en el 2020 y 2021, los diagnósticos de nuevos casos disminuyeron un 15% y un 14%, respectivamente, en relación con las cifras de 2019. Esto puede indicar una desaceleración en el progreso hacia un mayor conocimiento del estado y una mejor cobertura del tratamiento (5). Sólo en los Estados Unidos, los nuevos diagnósticos de VIH disminuyeron un 17% en el 2020 en comparación con el 2019 (6).

Las marcadas desigualdades socavan los esfuerzos para acabar con el sida en Europa occidental y central y en América del Norte, y las comunidades marginadas tienen una probabilidad desproporcionada de experimentar resultados de salud subóptimos y un acceso reducido a servicios de salud centrados en las personas (7). En los Estados Unidos, las personas afrodescendientes tienen 8.5 veces más probabilidades de ser diagnosticadas con VIH que las personas blancas (8). En la Unión Europea y en el Espacio Económico Europeo, los inmigrantes tienen más probabilidades de vivir con VIH que la población en su conjunto, con evidencia que apunta a una adquisición sustancial del VIH después de la migración (9).

Las desigualdades subyacentes también se reflejan en las disparidades en el acceso y los resultados de los servicios relacionados con el VIH. Una encuesta de hombres migrantes africanos que tienen sexo con hombres en el Reino Unido encontró que dos tercios nunca habían oído hablar de profilaxis previa a la exposición (PrEP); también detectó una resistencia considerable al uso de la PrEP, incluso como resultado de mensajes estigmatizantes sobre la intervención (10). Entre las personas elegibles para PrEP en los Estados Unidos, la cobertura es 7.5 veces mayor entre las personas blancas que entre las personas afrodescendientes (4). Mientras que el 71.4% de los estadounidenses blancos que vivían con VIH fueron suprimidos viralmente en el 2019, sólo el 60.8% de los estadounidenses afrodescendientes y el 62.8% de los indígenas habían logrado la supresión viral (4).

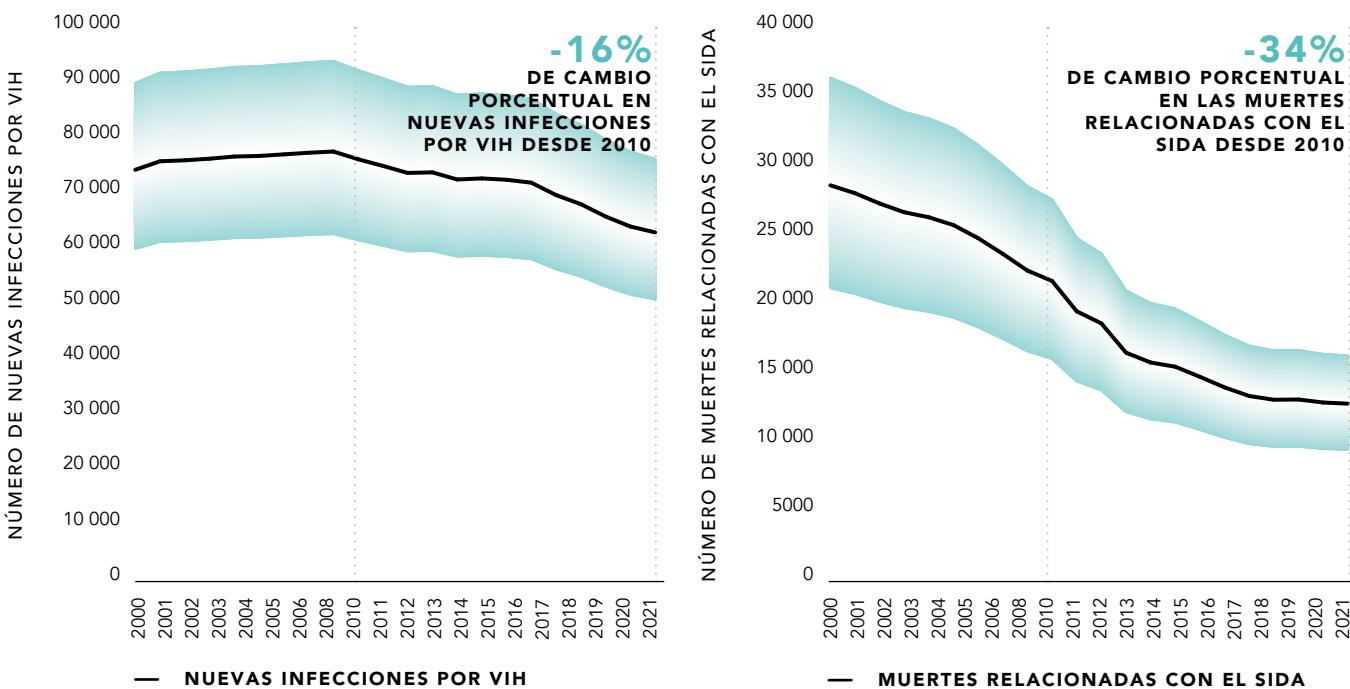
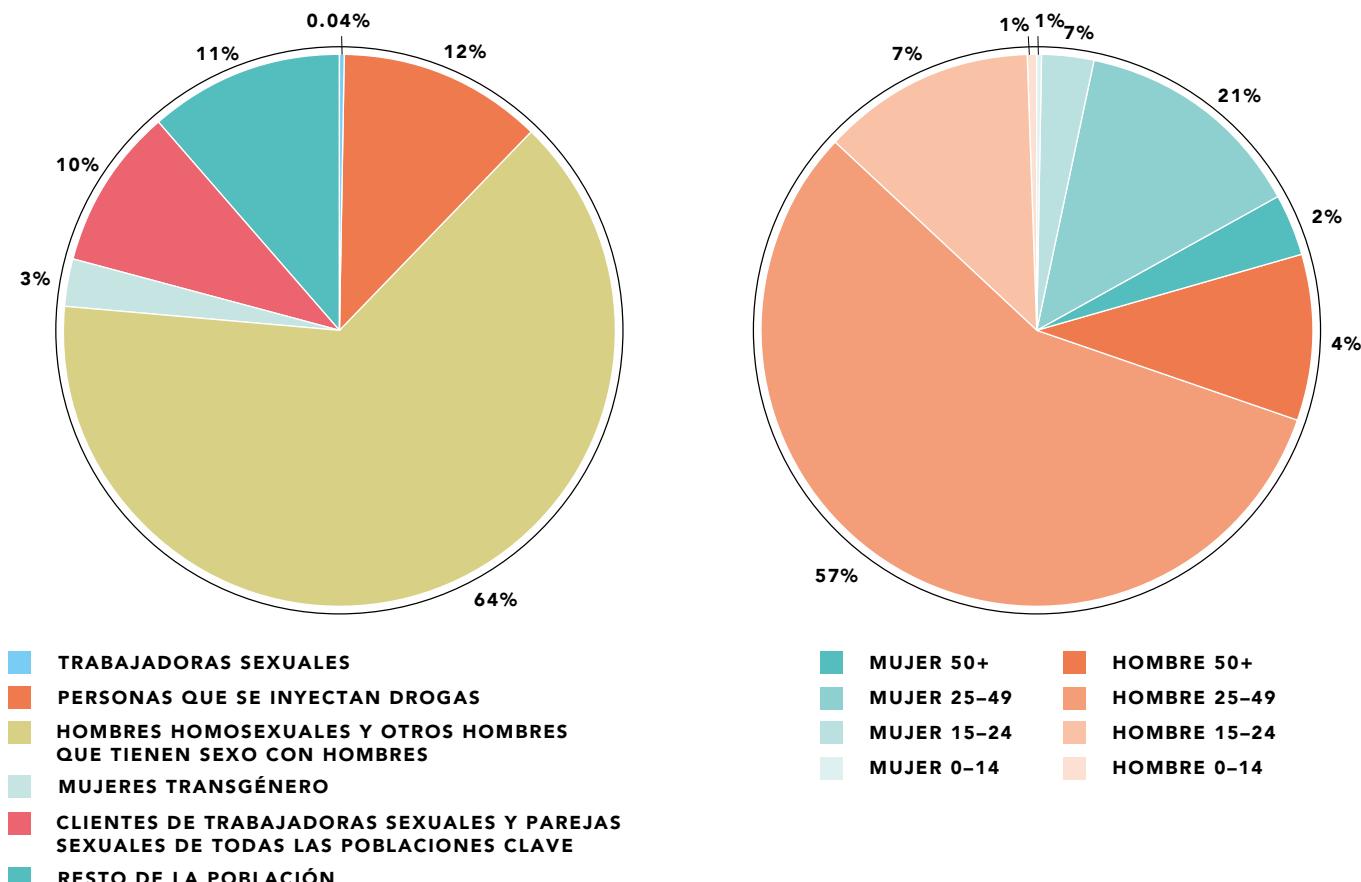
En el 2021, la Comisión Europea estableció el Programa de Salud EU4, un programa plurianual para catalizar sistemas de salud más fuertes y resistentes que sean accesibles para todos (11). El programa incluye esfuerzos notables para mejorar los resultados del VIH para los más marginados y desatendidos. En el 2022, la Administración Biden en los Estados Unidos dio a conocer una propuesta para que el poder legislativo la considere y gaste US\$ 9.8 mil millones en 10 años para aumentar el uso de la PrEP (12).

14%

DE DISMINUCIÓN DE LOS
NUEVOS DIAGNÓSTICOS
DE VIH EN EL 2021

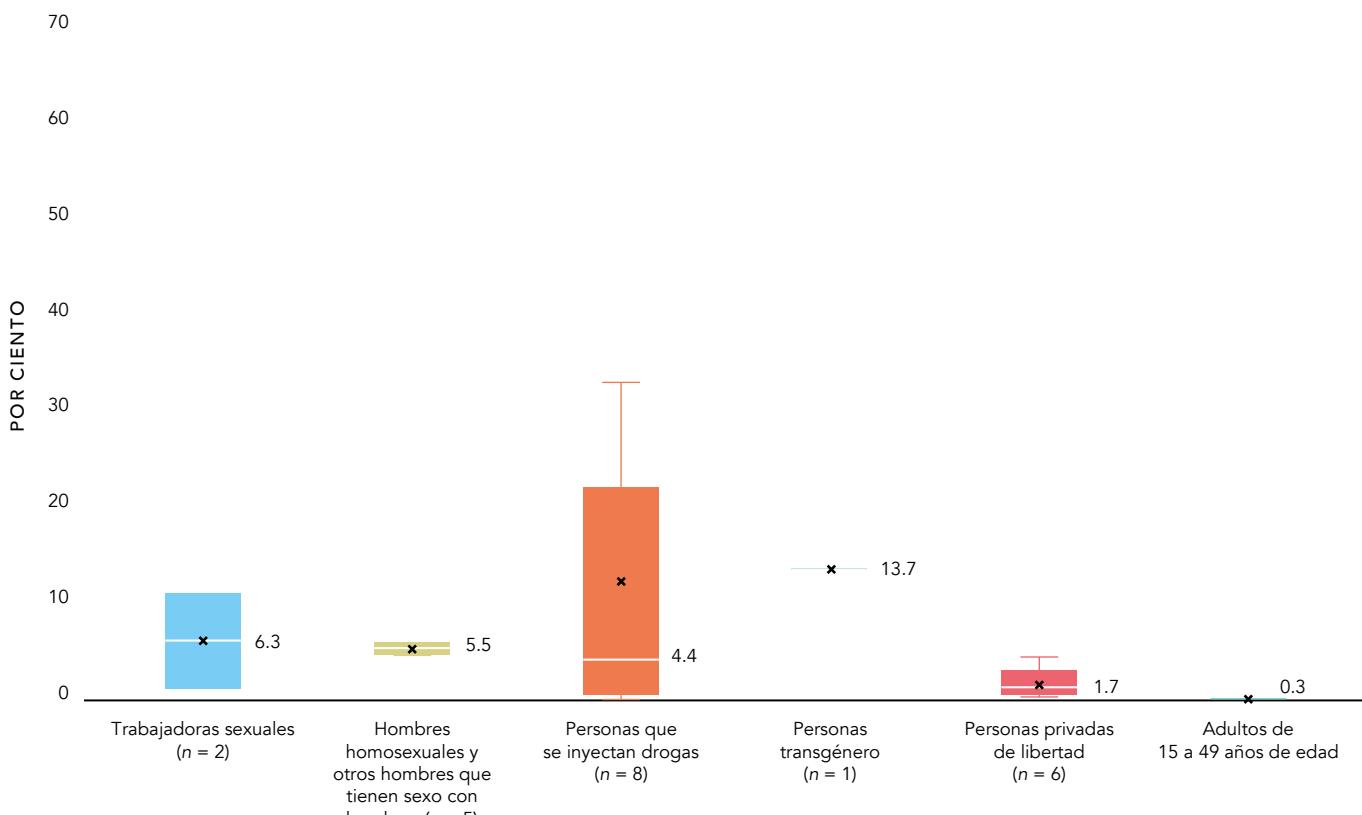


ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 13.1 Número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida, Europa occidental y central y América del Norte, 2000-2021Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).**FIGURA 13.2** Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por grupo de población y sexo (de 15 a 49 años), Europa occidental y central y América del Norte, 2021

Source: UNAIDS special analysis, 2022 (see Annex on Methods).

FIGURA 13.3 Prevalencia del VIH entre las poblaciones clave en comparación con adultos (de 15 a 49 años de edad), países informantes de Europa occidental y central y América del Norte, 2017-2021



¿Cómo leer?



- ← Extremo superior
- ← Cuartil superior
- ← Media
- ← Mediana
- ← Cuartil inferior
- ← Datos atípicos
- ← Extremo inferior

La mediana de la prevalencia del VIH entre los países que informaron estos datos en Europa occidental y central y América del Norte fue:

6.3% entre trabajadoras sexuales.

5.5% entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres.

4.4% entre las personas que se inyectan drogas.

13.7% entre las personas transgénero.

1.7% entre las personas privadas de libertad.

La prevalencia estimada del VIH entre adultos (de 15 a 49 años) es del 0.3% [0.2-0.3%].

Fuente: Monitoreo Global del sida de ONUSIDA, 2022; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes: (n = número de países). Número total de países informantes = 40.

Los límites de incertidumbre de la prevalencia en adultos definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero (si se puede medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

TABLA 13.1 Tamaño estimado informado de las poblaciones clave, Europa occidental y central y América del Norte, 2018-2021

	Población adulta nacional (de 15 a 49 años de edad) para el 2021 o el año correspondiente	Trabajadoras sexuales	Trabajadoras sexuales como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)	Personas privadas de libertad	Personas privadas de libertad como porcentaje de la población adulta (de 15 a 49 años de edad)
Canadá	16 600 000					75 000	0.45%	13 100	0.08%		
República Checa	4 800 000			40 800	0.84%			21 600	0.45%		
Estonia	550 000							2300	0.42%		
Alemania	35 400 000							57 600	0.16%		
Israel	4 100 000										
Serbia	3 900 000										
Estados Unidos de América	14 900 000					1 000 000	0.68%				
Estimated regional median proportion as per cent of adult population (aged 15–49 years)^a:		0.55%	2.25%	0.75%	0.66%						-

 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN NACIONAL  ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN LOCAL
 DATOS INSUFICIENTES  NO HAY DATOS

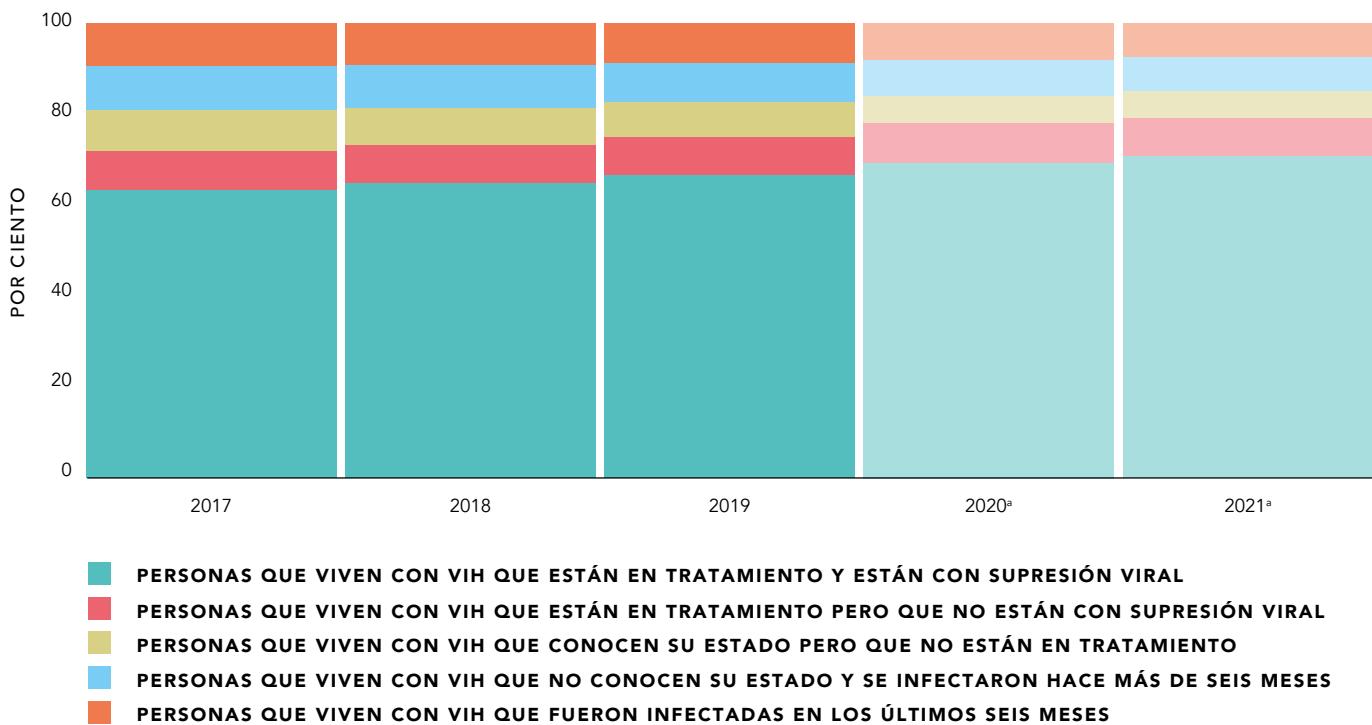
^a Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Fuente: Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); módulo Spectrum Demproj, 2022.

Nota: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2021. Pueden estar disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluido el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

SERVICIOS DE VIH

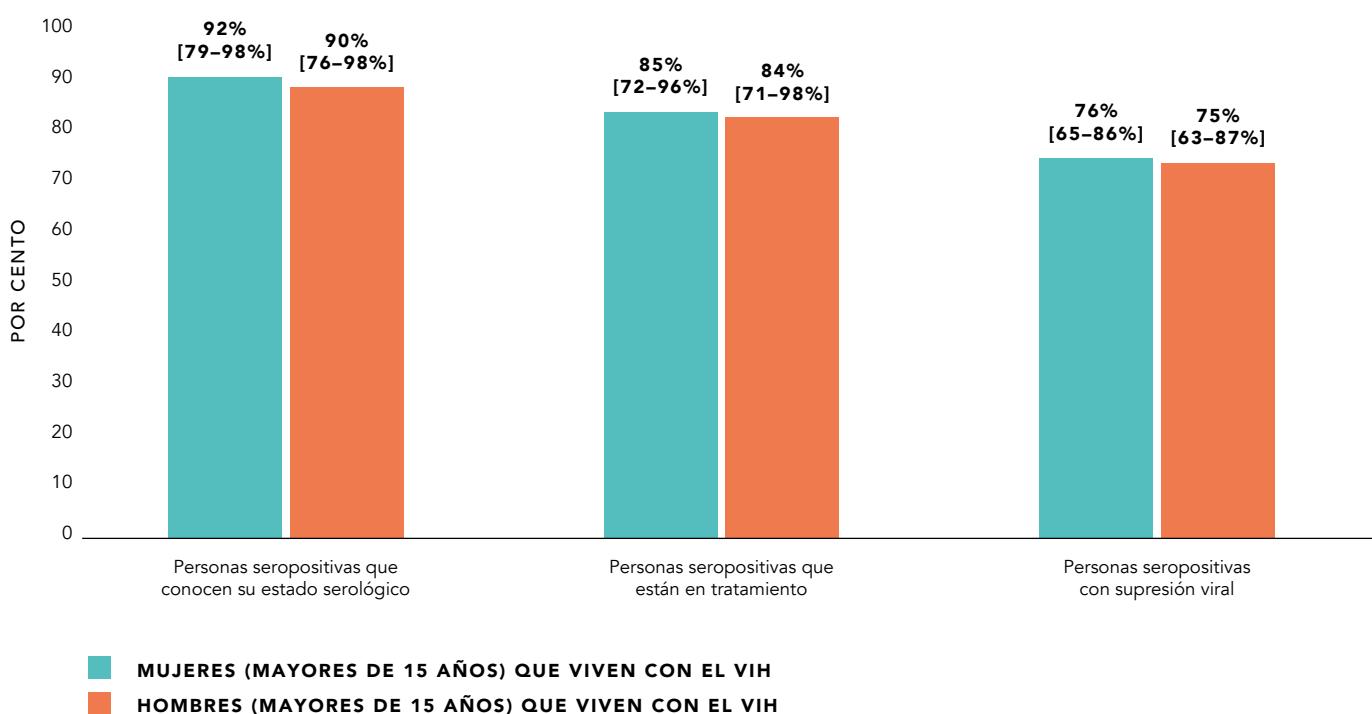
FIGURA 13.4 Personas que viven con VIH, personas recién infectadas en los últimos seis meses y cascada de pruebas y tratamiento del VIH, adultos (mayores de 15 años), Europa occidental y central y América del Norte, 2017-2021



* Las cifras de 2020 y 2021 son proyecciones provisionales de ONUSIDA, a la espera de estimaciones actualizadas de epidemias y cascadas de los Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido.

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

FIGURA 13.5 Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (mayores de 15 años) en comparación con hombres (mayores de 15 años), Europa occidental y central y América del Norte, 2021 Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2022.

Nota: Las cifras de 2020 y 2021 son proyecciones provisionales de ONUSIDA, a la espera de datos actualizados.

REFERENCIAS

1. Daskalakis DC. The impact of COVID-19 on HIV prevention and treatment in the U.S. HPTN; 2022 (<https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN%20June%202022%20COVID%20and%20HIV%20CDC%20Daskalakis%20HPTN%20Copy.pdf>).
2. Broz D, Carnes N, Chapan-Bardales J, Des Jarlais D, Handanagic S, Jones CM et al. Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the U.S.: why we cannot do it without them. Am J Prev Med. 2021;61:S118-S129.
3. Provisional drug overdose death counts. In: cdc.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 February 2022] (<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>).
4. America's HIV Epidemic Analysis Dashboard [database]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Service; c2022 (<https://ahead.hiv.gov/data>).
5. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe; c2021 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>).
6. DiNenno EA, Delaney KP, Pitas MA, MacGowan R, Miles G, Dailey A et al. HIV testing before and during the COVID-19 pandemic – United States, 2019–2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2022;Vol. 71 (No. 25):820-4.
7. Onyango D, Schatz E, Lazarus JV. Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved communities in Europe. Eurohealth. 2017;23:23-7.
8. HIV surveillance report: diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2019. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
9. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landergham E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. Lancet HIV. 2022;9(6):E428-E437.
10. Natala M. PrEP & Prejudice Campaign evaluation report. London (UK): PrEP & Prejudice Campaign Africa Advocacy Foundation; 2020.
11. EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. In: European Commission [Internet]. Brussels: European Commission (https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en).
12. Leading HIV PrEP advocates applaud \$9.8B 10-year commitment to access. Call for strategic investment plan. 28 March 2022. Washington D.C.: PrEP4All; 2022 (https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/074/377/original/National_PrEP_Program_Press_Release_March_2022_v6.pdf).

ANEXO SOBRE MÉTODOS

ANEXO

PARTE 1. MÉTODOS PARA DERIVAR LAS ESTIMACIONES DEL VIH DE ONUSIDA

INTRODUCCIÓN

Cada año, ONUSIDA proporciona estimaciones modeladas revisadas a nivel mundial, regional y específico de cada país utilizando los mejores datos epidemiológicos y programáticos disponibles para rastrear la epidemia del VIH. Se requieren estimaciones modeladas porque no es posible contar el número exacto de personas que viven con VIH, de personas que se infectan recientemente con el VIH o de personas que han muerto por causas relacionadas con el sida en cualquier país: para ello, sería necesario realizar pruebas periódicas de VIH a cada persona e investigar todas las muertes, lo cual resulta inviable desde el punto de vista logístico y éticamente problemático. Las estimaciones modeladas, y los límites inferior y superior alrededor de estas estimaciones, proporcionan una forma científicamente adecuada de describir los niveles y las tendencias de la epidemia del VIH.

Los equipos de país utilizan un software respaldado por ONUSIDA para desarrollar estimaciones anualmente. Los equipos de país están compuestos principalmente por especialistas en monitoreo y evaluación, oficiales de programas, epidemiólogos, demógrafos y otros del ministerio de salud nacional, organismos nacionales sobre el sida y socios técnicos.

El software utilizado para producir y recopilar las estimaciones es Spectrum (desarrollado por Avenir Health) y su modelo AIDS Impact Model (AIM). La mayoría de los países utilizan un modelo de incidencia que se encuentra dentro del módulo AIM de Spectrum; algunos países utilizan un modelo externo cuya estimación de incidencia se utiliza en Spectrum y AIM (Tabla 14.1).¹ El Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones proporciona orientación técnica sobre el desarrollo del componente de VIH del módulo AIM en Spectrum.²

1 Para más información sobre Avenir Health visite www.avenirhealth.org

2 Para más información sobre el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre Estimaciones, Modelos y Proyecciones, visite: www.epidem.org

MÉTODOS Y MODELOS UTILIZADOS POR ONUSIDA Y LOS PAÍSES PARA ELABORAR ESTIMACIONES³

Los países donde la transmisión del VIH sostiene una epidemia en la población general utilizan el módulo Paquete de Estimaciones y Proyecciones (EPP) de la herramienta de modelado Spectrum, que ajusta la tendencia de los datos de prevalencia del VIH de mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales y de encuestas demográficas representativas a nivel nacional. Históricamente, muchos países han llevado a cabo vigilancia centinela del VIH entre las mujeres que asisten a clínicas prenatales, lo que requiere recopilar datos de una selección de clínicas durante unos meses cada pocos años. En los últimos años, la mayoría de los países han dejado de llevar a cabo la vigilancia centinela entre las mujeres embarazadas y ahora están utilizando los datos de las pruebas rutinarias del VIH realizadas cuando las mujeres embarazadas asisten a las clínicas prenatales y se realizan las pruebas del VIH. Estos datos evitan la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo de vigilancia separado, y proporcionan un conjunto completo de datos de todas las clínicas del país en lugar de muestras de sitios seleccionados.

Las tendencias de las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, medidas mediante vigilancia o datos de rutina, pueden utilizarse para informar sobre las estimaciones de las tendencias nacionales de prevalencia, mientras que los datos de las encuestas basadas en la población, que se llevan a cabo con menos frecuencia pero que incluyen a los hombres y garantizan la cobertura de todas las personas, independientemente de si solicitan o no servicios de atención de salud, son representativos de los niveles nacionales de prevalencia del VIH y, si se repiten, también informan las tendencias. Los datos de estas encuestas también contribuyen a estimar los niveles y tendencias de prevalencia e incidencia del VIH específicos por edad y sexo. Unos pocos países del África subsahariana que no han realizado encuestas de población ajustaron los niveles de prevalencia del VIH basándose en comparaciones de datos de vigilancia de clínicas prenatales y encuestas poblacionales de otros países de la región. Las tendencias resultantes de la prevalencia del VIH, además del número de personas que reciben terapia antirretroviral, se utilizan para estimar la tendencia nacional de incidencia del VIH, teniendo en cuenta los efectos del tratamiento antirretroviral en la supervivencia.

Otros países, donde la transmisión del VIH se produce en gran medida entre las poblaciones clave con mayor riesgo de contraer el VIH y la epidemia es de bajo nivel o está concentrada, utilizan una variante de epidemia concentrada del modelo del EPP, que se ajusta a los datos de prevalencia de vigilancia de alta calidad para cada una de las poblaciones clave, así como para la población general de bajo riesgo, o el modelo de la epidemia del sida (AEM).

Los tamaños de los grupos de poblaciones clave correspondientes utilizados para sopesar y sumar todas las subpoblaciones al total nacional se derivan cada vez más empíricamente en cada país. Cuando no se dispone de una estimación de tamaño nacional, se deduce de los valores proporcionales regionales y del consenso entre los expertos. Para estimar la prevalencia del VIH en el resto de la población general de menor riesgo, estos países generalmente introducen datos de vigilancia de mujeres embarazadas y, si están disponibles, encuestas basadas en la población. En cuanto a las epidemias generalizadas, la curva de prevalencia del VIH resultante y el número de personas que reciben terapia antirretroviral se utilizan para derivar una tendencia nacional de incidencia del VIH.

³ Los métodos se describen en detalle en el Volumen 33 (Suppl 3) de sida (2019) y métodos avanzados para las estimaciones mundiales del VIH. Editores invitados: Mathieu Maheu-Giroux, Andrea L Ciaranello, Joshua A Salomon, Annette H Sohn. J Int AIDS Soc. 2021;24(S5).

Por último, la mayoría de los países de Europa occidental y central y de América del Norte utilizan los datos de mortalidad relacionados con el sida de los registros vitales y los informes de casos de VIH para estimar las tendencias nacionales de prevalencia e incidencia del VIH, así como el retraso desde la infección hasta el diagnóstico. Utilizan el modelo de Vigilancia de Casos y Registro Vital (CSAVR) dentro de Spectrum, el modelo de los Centros Europeos de Control de Enfermedades (ECDC) o un modelo específico para cada país. El modelo CSAVR también es utilizado por algunos países de América Latina, el Caribe, Medio Oriente y África del Norte que tienen sistemas sólidos de notificación de enfermedades, pero datos limitados de vigilancia o encuesta del VIH.

Todos los países que utilizan métodos respaldados por ONUSIDA para sus estimaciones comparten supuestos comunes sobre la eficacia del tratamiento del VIH y la progresión de la enfermedad por sexo y edad. Estos supuestos se basan en revisiones sistemáticas de la literatura y metaanálisis de datos de los estudios realizados por expertos científicos. Los datos demográficos de la población, incluidas las estimaciones de fertilidad, se derivan de las estimaciones de las Perspectivas de la población mundial 2019 de la División de Población de las Naciones Unidas o de datos censales recientes.

Las entradas seleccionadas en el modelo, incluido el número de personas que reciben terapia antirretroviral y de mujeres que acceden a los servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH, se examinan y validan en asociación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y sus organismos, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y otros socios.

Los archivos finales presentados por los países que contienen los productos modelados se revisan en ONUSIDA para garantizar que los resultados sean comparables entre regiones y países, y a lo largo del tiempo.

En la ronda de estimaciones de 2022, 39 países crearon y utilizaron estimaciones subnacionales (38 en el África subsahariana y uno en el Caribe). Los métodos para crear estas estimaciones subnacionales se describen en la Parte 4 de este anexo.

TABLA 14.1 Modelos de incidencia utilizados para las estimaciones nacionales del VIH recopiladas en el software Spectrum y en la ronda de estimaciones de ONUSIDA 2022

MODELO DE INCIDENCIA	PAÍSES	PREVALENCIA DEL VIH (ENTRE 15 Y 49 AÑOS DE EDAD) (MEDIANA)	REGIONES
EPP, epidemia generalizada	37	2.3%	Africa oriental y meridional, África occidental y central, el Caribe, Asia y el Pacífico
EPP, epidemia concentrada	39	0.33%	Medio Oriente y África del Norte, Europa Oriental y Asia Central, Caribe, América Latina, Asia y el Pacífico
Modelo de epidemia de sida	13	0.26%	Asia y el Pacífico
Modelo CSAVR o ECDC, muertes adecuadas y/o reportes de casos	69	0.14%	Medio Oriente y África del Norte, Europa oriental y Asia central, Caribe, América Latina, Europa occidental y central y América del Norte, Asia y el Pacífico
Otros	14	0.20%	Europa occidental y central y América del Norte, Asia y el Pacífico, América Latina, África oriental y meridional
Todos los modelos	172	0.3%	

Nota: Modelo CSAVR = Modelo de Vigilancia de Casos y Registro Vital; Modelo ECDC = Modelo del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades; EPP = Paquete de Estimación y Proyección (EPP).

LÍMITES DE INCERTIDUMBRE EN TORNO A LAS ESTIMACIONES DE ONUSIDA

El software de estimación calcula los límites de incertidumbre alrededor de cada estimación. Estos límites definen el rango dentro del cual se encuentra el valor verdadero y en el 95% de los casos (si se pudiera medir). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación, dados los datos y los supuestos.

En los países que utilizan datos de vigilancia del VIH, la cantidad y la fuente de los datos disponibles determinan en parte la precisión de las estimaciones: los países con más datos de vigilancia del VIH tienen rangos más pequeños que los países con menos datos de vigilancia o tamaños de muestra más pequeños. Los países en los que se han realizado una o más encuestas nacionales basadas en la población generalmente tienen rangos más pequeños alrededor de las estimaciones que los países en los que no se han realizado tales encuestas. En los países que utilizan datos de notificación de casos de VIH y mortalidad relacionada con el sida, el número de años de datos y la magnitud de los casos notificados o las muertes relacionadas con el sida observadas contribuirán a determinar la precisión de la estimación.

Los supuestos requeridos para llegar a la estimación también contribuyen al alcance de los rangos alrededor de las estimaciones: en resumen, cuantos más supuestos, más amplio es el rango de incertidumbre, ya que cada supuesto introduce incertidumbres adicionales. Por ejemplo, los rangos en torno a las estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos son menores que los de las estimaciones de la incidencia del VIH entre los niños, que requieren datos adicionales sobre la prevalencia entre las mujeres embarazadas y la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo que tienen su propia incertidumbre adicional.

ONUSIDA confía en que el número real de personas que viven con VIH, de personas que se han infectado recientemente con VIH o de personas que han muerto por causas relacionadas con el sida se encuentran dentro de los rangos notificados. Con más años de datos de vigilancia de calidad en rondas sucesivas de estimación, la incertidumbre sobre la estimación de un país típicamente disminuirá.

MEJORAS INCLUIDAS EN EL MODELO DE ESTIMACIONES DE ONUSIDA 2022

Los equipos de países crean archivos nuevos de Spectrum cada año. Los archivos pueden diferir de un año al otro por dos razones. En primer lugar, se introducen en el modelo nuevos datos de vigilancia y programas; esto puede cambiar las tendencias de prevalencia e incidencia del VIH a lo largo del tiempo o las tasas de cobertura de la terapia antirretroviral, incluso en años anteriores. En segundo lugar, se incorporan mejoras al modelo basadas en nuevos métodos científicos y estadísticos, que conducen a la creación de tendencias más precisas en la incidencia del VIH. Ocasionalmente, los países también cambian la opción de modelado de incidencia dentro de Spectrum, en función de las mejoras en los datos disponibles en el país.

Debido a estas mejoras en el modelo y a la adición de nuevos datos para crear las estimaciones, los resultados de las rondas de estimación anteriores no pueden compararse con los resultados de la ronda actual. Sin embargo, en cada ronda se crean estimaciones históricas completas que permiten evaluar las tendencias a lo largo del tiempo.

Entre las estimaciones de 2021 y 2022, se realizaron los siguientes cambios clave en los modelos, siguiendo la orientación del Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones.

AIM: ajuste a la incidencia y prevalencia de EPP

Cuando se utiliza EPP, AIM ajusta su entrada de incidencia para que su prevalencia de VIH coincida con la estimación de EPP. En el software 2022, estos ajustes se realizan anualmente para que AIM se alinee más estrechamente con EPP. El software anterior a 2022 había realizado ajustes anuales antes de 2010, pero había fijado el factor de ajuste a partir del 2010.

Efecto: Las estimaciones de prevalencia del VIH en AIM para los últimos años cambiaron ligeramente (menos de $\pm 5\%$) en comparación con la ronda anterior para algunos países que usan EPP.

AIM: añadir nuevas infecciones por VIH a lo largo del año

En el software anterior a 2022, AIM calculó las nuevas infecciones por VIH en adultos al final de cada año. Para mantener la coherencia con el EPP, AIM ahora hace estos cálculos cada diez años.

Efecto: En comparación con los modelos anteriores a 2022, las nuevas infecciones ocurren seis meses antes en promedio. Esto aumentó las muertes estimadas relacionadas con el VIH, pero sobre todo en menos del 5%, especialmente en países con epidemias crecientes de VIH.

EPP: mejorar las distribuciones regionales de la terapia antirretroviral y utilizar la cobertura de la terapia antirretroviral en el ajuste de EPP

En el caso de las epidemias generalizadas, el EPP introdujo la opción de incluir la cobertura de la terapia antirretroviral medida por encuesta en el ajuste de la prevalencia en la misma estructura subnacional/regional que la prevalencia de la atención prenatal (vigilancia y rutina/censo). Además, los datos del programa de terapia antirretroviral ahora se introducen y se ajustan por separado para cada región subnacional.

Efecto: Al incluir la cobertura de la encuesta de terapia antirretroviral, el EPP y AIM generalmente deberían reflejar mejor las tendencias y distribuciones nacionales y subnacionales en cuanto a prevalencia, incidencia, muertes y terapia antirretroviral.

CSAVR: razones de tasas de incidencia por sexo y edad

La función CSVAVR que ajusta los cocientes de tasas de incidencia por edad y sexo se simplificó a menos parámetros, lo que ahora genera un cociente de tasas de incidencia más estable a lo largo del tiempo.

Efecto: patrones de incidencia más plausibles en países con datos estratificados de sexo/edad limitados y un ajuste más rápido en comparación con los modelos de 2021.

CSAVR: calibración al recuento de CD4 en el momento del diagnóstico

CSAVR 2022 restauró una opción para ingresar y calibrar los datos sobre el conteo de CD4 en el momento del diagnóstico, y usarlos para estimar la tasa de diagnóstico de las personas que viven con VIH en función del conteo de CD4.

Efecto: los países que ingresaron y ajustaron datos confiables y representativos de CD4 estimaron los recuentos medios de CD4 en el momento del diagnóstico y proporciones de personas que viven con VIH que conocen su estado ligeramente por debajo de las estimaciones de CSAVR del 2021.

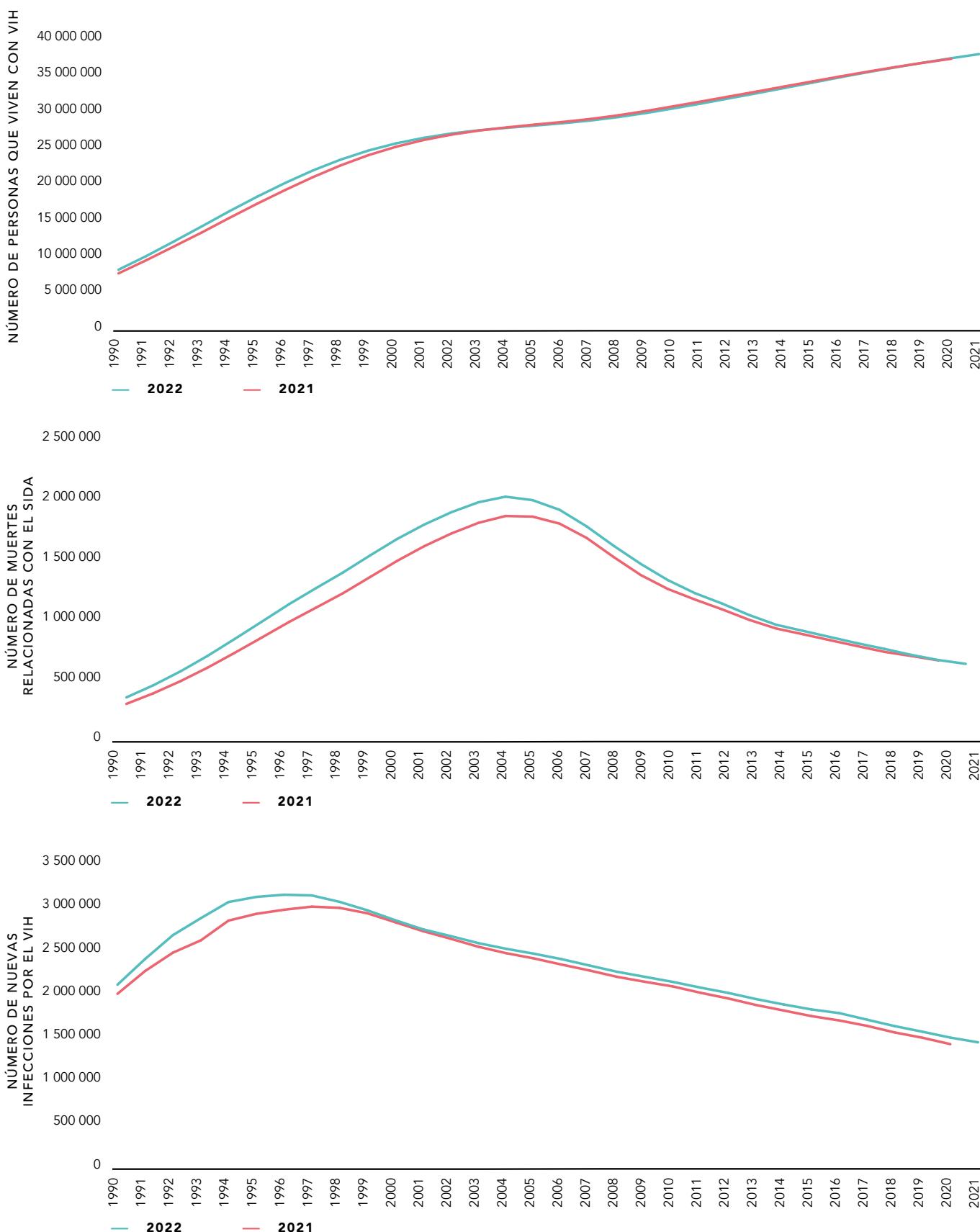
AIM, epidemias concentradas: razones de tasas de incidencia por grupos de edad

AIM 2022 introdujo la opción de ajustar las tasas de incidencia específicas por edad a los datos nacionales sobre la terapia antirretroviral por edad. Esto se propuso para las epidemias concentradas cuyos datos de terapia antirretroviral desglosados por edad son consistentes con las entradas generales de terapia antirretroviral para mayores de 15 años.

Efecto: mejor alineación entre los datos del programa desglosados por edad y las estimaciones basadas en modelos de las cifras de la terapia antirretroviral.

La figura 14.1 presenta las estimaciones de 2022 en comparación con las estimaciones de 2021. Los cambios en las curvas son el efecto combinado de los datos actualizados del país y los cambios en la estructura del modelo y los supuestos descritos anteriormente. A nivel mundial, las tendencias de las nuevas infecciones por VIH, las muertes relacionadas con el sida y las personas que viven con VIH son similares a las estimadas en la ronda anterior, aunque hay cambios dentro de algunas regiones.

FIGURE 14.1 Comparación de estimaciones de ONUSIDA para el 2022 y 2021: nuevas infecciones por VIH, muertes relacionadas con el sida y personas que viven con VIH, mundial, 2000-2021



PUBLICACIÓN DE ESTIMACIONES ESPECÍFICAS DE CADA PAÍS

ONUSIDA tiene como objetivo publicar estimaciones para todos los países con una población de 250 000 habitantes o más (según la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial 2019). Para los países con una población de 250 000 habitantes o más que no presentaron estimaciones, ONUSIDA desarrolló estimaciones utilizando el software Spectrum, basándose en información publicada o disponible de otro modo. Estas estimaciones contribuyeron a los totales regionales y mundiales, pero no se publicaron como estimaciones de países.

En los países con epidemias de bajo nivel, es difícil estimar el número de mujeres embarazadas que viven con VIH. Muchas mujeres que viven con VIH en estos países son trabajadoras sexuales o personas que consumen drogas, o son parejas sexuales de personas que consumen drogas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres o trabajadores sexuales, con niveles de fertilidad posiblemente diferentes a los de la población general. Por lo tanto, ONUSIDA no presenta estimaciones de la transmisión vertical del VIH ni de las infecciones infantiles en muchos países con una epidemia concentrada, a menos que se disponga de datos adecuados para validar estas estimaciones. Además, no se publican estimaciones relacionadas con los niños en países en los que el número estimado de mujeres embarazadas que viven con VIH es inferior a 50.

En cuanto a la incidencia, si no hay suficientes datos históricos para determinar las tendencias de incidencia, ONUSIDA no publica la incidencia histórica. Las tendencias de incidencia basadas en EPP sólo se publican si hay cuatro o más puntos de datos y datos de prevalencia en los últimos cuatro años para la subpoblación más importante.

Para las epidemias concentradas y de bajo nivel que se basan en datos de vigilancia de casos y muertes, las tendencias se publican si se basan en al menos ocho puntos de datos sobre el número de muertes relacionadas con el sida en el período 1990–2021. Estas estimaciones de incidencia están ancladas en un cálculo retroactivo de las muertes relacionadas con el sida notificadas, y no son muy sensibles a las recientes disminuciones en los volúmenes de pruebas y los nuevos diagnósticos que ocurrieron en el 2020 o 2021 debido a interrupciones en los servicios de salud relacionadas con COVID-19. Algunos países de ingresos altos que utilizan un modelo de incidencia anclado en la notificación de casos pospusieron las estimaciones para 2020 y 2021 para abordar posibles sesgos relacionados con COVID.

Por último, ONUSIDA no publica estimaciones por países cuando los datos disponibles son insuficientes para justificar la estimación. Se puede encontrar mayor información sobre las estimaciones de ONUSIDA y los archivos específicos de Spectrum para la mayoría de los países en el sitio web de ONUSIDA www.hivtools.unaids.org. Los datos de las estimaciones se pueden encontrar en la sección de información sobre el sida del sitio web de ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>).

PARTE 2. MÉTODOS PARA DERIVAR LOS OBJETIVOS DE PRUEBA Y TRATAMIENTO 95–95–95

INTRODUCCIÓN

Desde el 2015, ONUSIDA ha informado estimaciones de los progresos mundiales, regionales y específico de cada país en relación con los objetivos 90–90–90. En la Declaración Política de las Naciones Unidas (ONU) sobre el VIH y el sida: poner fin a las desigualdades y encaminarse hacia la erradicación del sida para el 2030, estos objetivos se incrementaron a 95–95–95. El progreso se monitorea mediante tres indicadores básicos:

- Indicador 1 (los primeros 95): El porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico.
- Indicador 2 (el segundo 95): El porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado VIH positivo y que acceden al tratamiento.
- Indicador 3 (el tercero 95): El porcentaje de personas que viven con VIH, que están en tratamiento y que han suprimido la carga viral.

Los indicadores 2 y 3 también pueden expresarse como un porcentaje de todas las personas que viven con VIH. Cuando los números o la cobertura de la meta de tratamiento se expresan en relación con el número total de personas que viven con VIH, esto se denomina “la cascada de pruebas y tratamiento del VIH”.

FUENTES DE DATOS PARA LA ELABORACIÓN DE MEDIDAS POR PAÍS

El progreso a nivel de país en relación con los objetivos 95–95–95 se construyó utilizando datos informados de Spectrum y del Monitoreo Global del Sida. Las estimaciones se publican para todas las personas y por separado para los niños (de 0 a 14 años) y los adultos (de 15 años o más, por sexo). Los límites superior e inferior correspondientes se basaron en rangos de incertidumbre sobre el número estimado de personas que viven con VIH para cada país, grupo de población y año. Estos indicadores relacionados con los objetivos y sus fuentes de datos se describen en las directrices del Monitoreo Global del Sida 2022 de ONUSIDA (1).

La tabla 14.2 resume el número de países que notificaron cada medida, en cada región, en los últimos seis años.

El conjunto final de medidas de progreso de los países en relación con los objetivos 95–95–95 para el 2015 a 2021 está disponible en <http://aidsinfo.unaids.org>. No todos los países pudieron informar sobre los tres objetivos. En la ronda de estimaciones de 2022, se publicaron cascadas completas de tratamiento para 68 países sobre sus progresos en el 2021, lo que representa un aumento con respecto a los 60 países de las rondas de estimaciones del 2020 y 2021.

TABLA 14.2 Datos disponibles para la elaboración de medidas de progreso de ONUSIDA con respecto a los objetivos 95–95–95, 2015–2021

NÚMERO	AÑO	ASÍA Y EL PACÍFICO ^a	CARIBE	ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	AMÉRICA LATINA	MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA ^a	ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL	EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE	MUNDIAL
Países	39	16	21	16	17	19	25	39	193	
Países en estimaciones mundiales de ONUSIDA	29	10	20	16	17	19	25	36	172	
Países con estimaciones disponibles públicamente de personas que viven con VIH	23	10	19	12	16	14	25	21	140	
	2015	12	7	18	11	6	11	25	15	105
Países con datos disponibles públicamente sobre personas que viven con VIH que conocen su estado	2016	15	7	18	11	8	11	25	20	115
	2017	17	7	18	11	8	11	25	19	116
	2018	19	7	18	12	9	11	25	20	121
	2019	19	7	19	13	9	11	25	20	123
	2020	20	7	19	13	10	11	25	17	122
	2021	18	7	19	13	9	12	25	9	112
	2015	26	10	20	14	16	17	25	23	151
Países con datos disponibles públicamente sobre personas que viven con VIH que están en tratamiento	2016	27	10	20	14	16	17	25	23	152
	2017	27	10	20	14	16	17	25	23	152
	2018	27	10	20	14	16	17	25	22	151
	2019	28	9	20	14	16	17	25	21	150
	2020	27	9	20	14	16	17	25	19	147
	2021	23	9	20	14	16	17	25	10	134
Países con datos disponibles públicamente sobre personas que viven con VIH a las que se les realizó una prueba de carga viral y se encontró que tenían supresión viral	2015	6	2	3	5	4	5	1	10	36
	2016	6	4	6	7	8	6	2	12	51
	2017	7	7	7	9	10	7	4	15	66
	2018	11	9	13	10	11	8	7	16	85
	2019	13	8	18	12	10	7	9	16	93
	2020	12	8	16	12	12	6	11	13	90
	2021	10	8	16	10	9	8	11	7	79

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2016–2021.

^a En la ronda de estimaciones de 2022, la República Islámica del Irán se trasladó de la región del Medio Oriente y África del Norte a la región de Asia y el Pacífico.

Nota: Algunos países publicaron números informados de personas que viven con VIH que conocían su estado y/o estaban en tratamiento sin publicar una estimación del total de personas que vivían con VIH, ya que este último debía incluir a las personas que no conocían su estado y no estaban en tratamiento.

ESTIMACIONES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Todas las medidas de progreso de este informe se basan en estimaciones nacionales de personas que viven con VIH que utilizaron el modelo Spectrum. En la ronda de 2022, se estimaron las personas que viven con VIH en 172 de 193 países y territorios. Estos 172 países representan el 99% de la población mundial total. Se publicaron estimaciones de las personas que viven con VIH en 140 de estos 172 países. Estos 140 países con estimaciones aprobadas y publicadas representan el 91% del número estimado de personas que viven con VIH en el 2021.

CONOCIMIENTO DEL ESTADO DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

El número de personas que viven con VIH que conocen su estado se calculó a lo largo del tiempo utilizando la vigilancia de casos de VIH, los datos del programa y los datos de las encuestas demográficas representativas a nivel nacional. Cuando se disponía de datos por separado para niños (de 0 a 14 años de edad) y adultos (de 15 años y más, por sexo), se calcularon medidas específicas por edad y sexo y luego se sumaron a las medidas nacionales.

Los países fuera del África subsahariana sin encuestas nacionales de hogares estimaron el número de personas que vivían con VIH que conocían su estado serológico respecto al VIH basándose en los datos de notificación de casos de VIH y en los registros de programas. Algunos países con epidemia concentrada utilizaban directamente los datos de notificación, si su sistema de vigilancia del VIH había estado funcionando desde el 2015 o más y podían restar de las personas diagnosticadas acumuladas a las que habían muerto, emigrado o que se habían perdido en el seguimiento. Sin embargo, si este cálculo estimaba el número de personas con VIH que conocían su estado serológico como menor que las que recibían terapia antirretroviral, el valor informado se excluyó, ya que era potencialmente incorrecto debido a uno de varios sesgos comunes. Por ejemplo, un país puede subestimar el número de personas que viven con VIH y que están conscientes de su estado serológico respecto al VIH si no todas las personas diagnosticadas son reportadas al sistema de vigilancia de manera oportuna. Por el contrario, la medida se sobreestima si las personas son registradas o reportadas más de una vez y no se detectan duplicados, o si las personas mueren o emigran, pero no son sacadas del sistema. Esta sobreestimación del número de personas que viven con VIH y que son conscientes de su estado serológico era común en años anteriores (antes de 2015).

Alternativamente, los países con epidemia concentrada podrían estimar el conocimiento del estado como parte de su estimación global de la epidemia mediante el modelo CSAVR, que estimó la incidencia de la infección, el conocimiento del estado y la cobertura de la terapia antirretroviral a partir de las notificaciones de casos y defunciones.

La mayoría de los países de África oriental y meridional y de África occidental y central estimaron los conocimientos del estado de los adultos utilizando la herramienta Shiny90 apoyada por ONUSIDA (2). Este modelo matemático ajusta los datos de las encuestas nacionales basadas en la población sobre las proporciones de los encuestados que viven con y sin VIH y que alguna vez se han hecho la prueba del VIH, además de los datos del programa de servicios de pruebas del VIH sobre el número anual de pruebas del VIH realizadas y el número de pruebas positivas, y los resultados del modelo Spectrum (2).

El conocimiento de las estimaciones del estado del VIH de Shiny90 tiene ventajas sobre los obtenidos directamente de encuestas de población o registros de programas. Al construir la incidencia del VIH de la población y el historial de pruebas a lo largo del tiempo, la tendencia resultante en la concienciación se ajusta según los sesgos conocidos en la concienciación sobre el estado del VIH en las encuestas de hogares y considera las nuevas pruebas y rediagnósticos entre los datos rutinarios del programa sobre los diagnósticos anuales del VIH (3, 4). Las estimaciones de Shiny90 distinguen a las personas que viven con VIH y que se sometieron a una prueba del VIH después de la seroconversión, por lo que son conscientes de su estado serológico respecto a las que se seroconvirtieron después de la última prueba del VIH negativa. La distinción se basa en la tendencia de incidencia nacional calculada en Spectrum. Shiny90 estima el conocimiento de la situación por sexo y edad, asumiendo que las tasas de comparación entre hombres y mujeres adultos se han mantenido relativamente constantes desde el 2010. Los resultados incluyen indicadores adicionales como el porcentaje de personas diagnosticadas en un año y el número de personas (por estado VIH) que se vuelven a someter a la prueba.

Se debe tener precaución con el conocimiento de las estimaciones de estado si la última encuesta basada en la población se realizó hace más de cinco años, o si hay dudas acerca de la exactitud del historial de pruebas auto-reportadas en la encuesta.

Tanto la estimación de Shiny90 como la de CSAVR sobre el conocimiento del estado del VIH sólo cubren a adultos de 15 años o más. ONUSIDA recomienda que los países estimen de manera conservadora el conocimiento del estado de los niños como la proporción de niños que viven con VIH en tratamiento, a menos que se disponga de cifras fiables de la vigilancia de casos (diagnósticos acumulativos y muertes, emigraciones y pérdidas hasta el seguimiento).

PERSONAS QUE ACCEDEN A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Las medidas mundiales y regionales de las cifras de terapia antirretroviral se extraen a partir de los datos de los programas notificados por los países a través del software Spectrum respaldado por ONUSIDA y la herramienta de informes de Monitoreo Global del Sida. En la ronda de 2022, 134 países informaron públicamente las cifras de tratamientos para el 2021 (que cubrían el 95% de las personas estimadas en tratamiento); entre 2015 y 2021, 152 países tenían al menos una estimación pública del número de personas en tratamiento. Para algunos países que no informaron sobre el número de personas en tratamiento durante todos los años, principalmente en Europa occidental y central y América del Norte, junto con Brasil, Japón y la República de Corea las personas en tratamiento fueron estimadas en consulta con la agencia de salud pública responsable de supervisar el programa nacional de tratamiento o a partir de fuentes publicadas y en línea.

En asociación con el UNICEF, OMS, PEPFAR y sus organismos, el Fondo Mundial y otros asociados que apoyan la prestación de servicios de tratamiento en los países, ONUSIDA revisa y valida anualmente las cifras de tratamiento que los países han notificado a ONUSIDA a través del Monitoreo Global del Sida y Spectrum. Sin embargo, esta medida puede sobreestimar el número de personas en tratamiento si las personas que se transfieren de un establecimiento a otro son reportadas por ambos establecimientos. De manera similar, la cobertura puede sobreestimarse si las personas que han muerto se retiran de la atención o han emigrado no son identificadas y eliminadas de los registros de tratamiento. Por el contrario, los números de tratamiento a veces se subestiman si no todas las clínicas informan los números de tratamiento completamente o de manera oportuna.

ONUSIDA y otros asociados internacionales apoyan a los países a verificar la exactitud del número de personas que, según se informa, están actualmente en tratamiento.

PERSONAS QUE HAN LOGRADO LA SUPRESIÓN VIRAL

El progreso hacia el objetivo de supresión viral entre las personas que reciben tratamiento y como proporción de todas las personas que viven con VIH se estimó a partir de los datos notificados en Spectrum y a través de la herramienta de informes del Monitoreo Global del Sida. A efectos de la notificación, el umbral de supresión es una carga viral inferior a 1000 copias por ml. Algunos países pueden establecer umbrales más bajos para identificar que una persona ha alcanzado una carga viral indetectable, y cuando un país informó de un umbral tan bajo, ONUSIDA añadió una estimación ajustada del número de personas que habrían sido suprimidas en 1000 copias por ml al número reportado por país de personas suprimidas en el umbral más bajo. La guía del Monitoreo Global del Sida describe este ajuste en detalle. La guía también especifica que sólo se debe enviar el último resultado de una persona del año de informe, de modo que los números reportados representan a las personas evaluadas y suprimidas, y no las pruebas realizadas (1).

Se pide a los países que informen sobre los resultados de la supresión de la carga viral para todos los años, independientemente de la cobertura de las pruebas. Sin embargo, ONUSIDA publica los resultados de las pruebas de carga viral sólo para los países y durante años que se cree que son representativos de todas las personas tratadas en todo el país, normalmente si al menos el 50% de las personas tratadas fueron examinadas. Para los países y años con datos de supresión viral representativos a nivel nacional pero no universales, la proporción suprimida notificada entre los sometidos a pruebas de carga viral (es decir, el tercer 95) se multiplicó por el número total de pacientes tratados para estimar los números de supresión viral en general.

La tabla 14.3 muestra el número de países con una estimación fiable de la supresión de la carga viral, que aumentó de 66 países en 2017 a 79 en 2022. Algunos países tuvieron una cobertura de pruebas de carga viral menor para 2020 y/o 2021 en comparación con 2019 y/o 2020, a menudo debido a la pandemia de COVID-19 y a las interrupciones o retrasos relacionados en la prestación de servicios de salud y la presentación de informes.

Existen algunos retos en el uso de los datos comunicados por los países para monitorear el objetivo de supresión de la carga viral. En primer lugar, es posible que no se ofrezcan pruebas de carga viral de rutina en todos los centros de tratamiento, y las instalaciones que realizan pruebas pueden no ser representativas de las instalaciones sin pruebas de carga viral. A pesar de esta incertidumbre, suponemos que el porcentaje de personas suprimidas entre las que acceden a las pruebas de carga viral es representativo de todas las personas que reciben tratamiento.

En segundo lugar, ONUSIDA pide a los países que solo informen los resultados de las pruebas de carga viral rutinarias: si los países informan los resultados de las pruebas realizadas principalmente debido a la sospecha de falla del tratamiento, se subestima el número de personas con supresión viral en estos países. ONUSIDA valida la calidad de las presentaciones de los países, pero no siempre es posible identificar casos en los que se realizan pruebas tanto rutinarias como de otro tipo.

Por último, la guía de ONUSIDA recomienda informar los resultados de las pruebas de carga viral sólo para las personas que reciben terapia antirretroviral. Las personas que no están en tratamiento y que naturalmente suprimen el virus no serán incluidas en esta medida.

MÉTODOS PARA CONSTRUIR RESULTADOS REGIONALES Y MUNDIALES HACIA LOS OBJETIVOS 95–95–95

Todos los datos del programa presentados a ONUSIDA fueron validados por ONUSIDA y sus socios antes de su publicación. Los datos presentados por los países que no cumplían las normas de calidad, ya sea a nivel de indicadores o a través de la cascada de tratamiento, no se incluyeron en las medidas compuestas regionales o globales. Estos incluyeron, por ejemplo, los resultados de las pruebas de carga viral durante años que cubrían a menos del 50% de las personas tratadas.

Para estimar el progreso regional y mundial en relación con los objetivos 95–95–95 para adultos, ONUSIDA imputó datos de países faltantes o no calificados en el primer y tercer objetivo 95 utilizando un modelo jerárquico bayesiano. Esto utiliza las tendencias regionales, o cuando las tendencias regionales son escasas, las tendencias mundiales, las diferencias por sexo y cualquier dato específico de los países que presentan datos de algunos años, pero no de todos. Los límites superiores e inferiores en torno a las estimaciones mundiales y regionales de la cascada de pruebas y tratamiento del VIH reflejan la incertidumbre en el número de personas que viven con VIH y la incertidumbre (a partir de datos de países que faltan) en el número de personas que conocen su estado serológico con respecto al VIH y el número de personas que son suprimidas viralmente. Estos rangos no reflejan la incertidumbre en las personas notificadas por el país que conocen su estado serológico respecto al VIH, que se han sometido a pruebas de carga viral y/o que están viralmente suprimidas. Los detalles sobre los métodos y supuestos del modelo están disponibles en otros lugares (5).

La tabla 14.3 muestra las proporciones de personas que viven con VIH para las que se imputó el conocimiento del estado del VIH y la supresión de la carga viral, a diferencia de lo informado o estimado por el país, entre 2015 y 2021. En general, la proporción imputada disminuyó con el tiempo, ya que más países comunicaron datos de calidad. Algunas regiones (por ejemplo, Europa occidental y central y América del Norte) tienen una mayor proporción de países con conocimientos imputados sobre la situación o la supresión de la carga viral en 2020 o 2021, ya que los datos más recientes aún estaban siendo revisados para determinar las fluctuaciones de COVID-19.

Muchos países todavía no pueden informar sobre la cascada de pruebas y tratamientos o los elementos de la cascada. Esto es particularmente cierto en el caso de la supresión de la carga viral, donde los datos notificados en algunas regiones, especialmente hasta 2017, son limitados. Por ejemplo, la cobertura de las pruebas de carga viral en África occidental y central y el Caribe se mantuvo baja hasta el 2018. En Asia y el Pacífico, las estimaciones a nivel nacional de la supresión de la carga viral de la India y China sólo se comunicaron a ONUSIDA a partir del 2018, y la India sólo alcanzó la cobertura mínima requerida del 50% entre los pacientes con terapia antirretroviral a partir del 2020.

TABLA 14.3 Proporción estimada de personas que viven con VIH para las que se imputó el conocimiento del estado y proporción estimada de personas en tratamiento a las que se les imputó la supresión viral, 2015–2020

INDICADOR	AÑO	ASIA Y EL PACÍFICO ^a	CARIBE	ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL	EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	AMÉRICA LATINA	MEDIO ORIENTE Y NORTE DE ÁFRICA ^a	ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL	EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE	MUNDIAL
Proporción estimada de personas que viven con VIH a quienes se les imputó el conocimiento del estado	2015	73	15	0	6	18	13	0	32	13
	2016	73	14	0	6	14	13	0	4	11
	2017	29	13	0	6	9	12	0	17	6
	2018	22	13	0	6	2	12	0	10	4
	2019	22	13	0	6	2	12	0	13	4
	2020	11	12	0	6	6	12	0	83	7
	2021	11	12	0	6	6	0	0	97	8
Proporción estimada de personas en tratamiento a quienes se les imputó el estado de supresión viral	2015	91	81	44	73	26	34	98	25	50
	2016	91	78	40	7	24	33	97	13	46
	2017	88	57	28	6	16	34	82	18	37
	2018	25	2	0	4	15	19	14	21	7
	2019	17	1	0	3	17	19	14	16	6
	2020	10	0	0	3	13	10	1	83	8
		2	0	0	76	13	7	1	97	10

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2016–2021.

^a En la ronda de estimaciones de 2022, la República Islámica de Irán se trasladó de la región del Medio Oriente y África del Norte a la región de Asia y el Pacífico.

PARTE 3. DATOS SOBRE LAS POBLACIONES CLAVE

DISTRIBUCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH POR SUBPOBLACIÓN

La distribución de las nuevas infecciones por VIH entre las subpoblaciones a nivel mundial y por región se estimó sobre la base de datos de 178 países utilizando cuatro fuentes de datos.

El número total subyacente de nuevas infecciones para cada país se calcula con Spectrum (para 172 países) o se notifican nuevos diagnósticos del país. Se utilizan nuevas infecciones entre hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad.

Para los países que modelan su epidemia de VIH con base en datos de subpoblaciones, incluyendo las poblaciones clave, el número de nuevas infecciones se extrajo de los archivos Spectrum 2022. Esta fuente proporcionó datos para trabajadoras sexuales de 55 países, para personas que se inyectan drogas de 46 países, para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de 63 países, y para las personas transgénero de 23 países (todos ellos en América Latina, el Caribe, Europa occidental y central y América del Norte, y Asia y el Pacífico).

Las nuevas infecciones por VIH entre las poblaciones clave de los países de Europa occidental y central se basaron en el ECDC y en el informe de vigilancia del VIH/sida en Europa 2021 de la Oficina Regional de la OMS para Europa (datos de 2020) (6). Aplicamos las proporciones de nuevos diagnósticos en cada población (personas que se inyectan drogas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, y personas transgénero) dentro de cada región de Europa (occidental, central y oriental) a las estimaciones de nuevas infecciones derivadas de ONUSIDA Spectrum en cada país.

En el informe de la CEPD no se disponía de datos sobre las trabajadoras sexuales. Las nuevas infecciones por VIH en Canadá, China, la Federación de Rusia y los Estados Unidos se tomaron de los informes nacionales más recientes disponibles sobre nuevos diagnósticos por subgrupo de población u otras fuentes publicadas.

Las nuevas infecciones por VIH se estimaron de la siguiente manera: la proporción de nuevas infecciones entre cada subpoblación se calculó dividiendo las estimaciones de Spectrum (u otras) en el número total de nuevas infecciones por VIH en cada país. Se calculó la mediana de estas proporciones para cada región de ONUSIDA y se aplicó a los totales de nuevas infecciones de todos los países de esa región. Los productos fueron contados para cada población para cada región. A nivel mundial, 92 países habían imputado estimaciones para las trabajadoras sexuales, 72 países para las personas que se inyectan drogas, 42 países para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, y 139 países para las personas transgénero.

Las nuevas infecciones entre parejas sexuales de poblaciones clave se calcularon utilizando estimaciones regionales del número de parejas sexuales en el último año y las probabilidades de transmisión de la literatura publicada. Estos incluyen parejas sexuales que no se inyectan de personas que se inyectan drogas, parejas sexuales femeninas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, cónyuges/parejas sexuales estables de trabajadores sexuales, clientes de trabajadores sexuales y los cónyuges/parejas sexuales estables de clientes de trabajadores sexuales.

La distribución de nuevas infecciones entre las poblaciones clave está anclada en la estimación de Spectrum dirigida por el país. Las estimaciones nacionales de Spectrum proporcionan el número total de nuevas infecciones entre las personas de 15 a 49 años de edad. Al igual que para todos los resultados de Spectrum, todas las estimaciones históricas y actuales se recalculan anualmente, por lo que las tendencias temporales sólo pueden derivarse dentro de la estimación del año actual. No es estadísticamente válido comparar los resultados reportados entre la Actualización mundial sobre el sida de 2022 y cualquier reporte anterior que haya utilizado una estimación obsoleta.

Para la actualización actual del análisis, que se centra en los datos y las estimaciones de 2021, hay algunos cambios importantes.

1. La República Islámica del Irán fue trasladada de la región del Medio Oriente y África del Norte. Ahora forma parte de la región de Asia y el Pacífico.
2. En África occidental y central y en África oriental y meridional se realizaron esfuerzos adicionales para obtener y utilizar diferentes modos de análisis de transmisión para estimar la distribución de nuevas infecciones entre las poblaciones clave de esos países. Sólo se incluyeron los datos con informes publicados (literatura gris o revisada por expertos). Este esfuerzo produce datos más completos de más países de esas regiones de los que se disponía anteriormente, lo que conduce a cambios en los resultados en relación con las rondas anteriores de estimaciones. Esta es una razón adicional para no ver los análisis de diferentes rondas de estimación y de informes globales como reflejo de una tendencia válida.

CÁLCULO DE LA COBERTURA DE PREP PARA PERSONAS VIH NEGATIVAS

Los objetivos globales y regionales de PrEP para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas y personas transgénero fueron establecidos por el “Grupo de establecimiento de objetivos de ONUSIDA” con el apoyo de Avenir Health. Los objetivos se establecieron utilizando los datos disponibles sobre el tamaño de las poblaciones clave y su vulnerabilidad relativa para 118 países. Se incluyeron objetivos de países adicionales de Sabin, Loo, Jacobson y Mar (publicación pendiente) para llegar a un máximo de 166 países para hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, 123 para personas que se inyectan drogas y 132 para personas transgénero.

Los objetivos globales y regionales de PrEP para la población de trabajadoras sexuales se calcularon para 184 países en función de las estimaciones del tamaño de la población informadas a través de GAM en los últimos años, de las cuales se restaron las trabajadoras sexuales que viven con VIH. Cada estimación de tamaño se categorizó con respecto a la actualidad, la adecuación geográfica y de los métodos utilizando los criterios descritos en Sabin et al (Sabin, Keith & Zhao, Jinkou & Calleja, Jesus & Sheng, Yaou & Garcia, Sonia & Reinisch, Annette & Komatsu, Ryuichi. (2016). Disponibilidad y calidad de las estimaciones del tamaño de trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas y mujeres transgénero en países de ingresos bajos y medios. PLoS ONE. 11. 10.1371/journal.pone.0155150). Las estimaciones adecuadas a nivel nacional se usaron para determinar las proporciones de las regiones de ONUSIDA de cada población clave entre adultos (15–49) según las estimaciones de Perspectivas de la población mundial 2021. Las proporciones regionales se usaron para calcular los valores específicos del país que se sumaron para dar las estimaciones del tamaño regional para cada población clave. Para los trabajadores sexuales, el número de personas que viven con VIH por país se calculó multiplicando la prevalencia del VIH notificada más recientemente (2017–2021) a través de GAM por la estimación del tamaño de la población calculada por país. Para los países que no reportaron la prevalencia del VIH entre los trabajadores sexuales en los últimos años, se utilizó la mediana regional. El objetivo de la PrEP para los trabajadores sexuales se calculó restando el número regional de los trabajadores sexuales que viven con VIH al número estimado de trabajadores sexuales en la región.

Para todas las poblaciones clave, las estimaciones de la cobertura de PrEP se realizaron utilizando el uso de PrEP notificado a nivel nacional para las poblaciones clave específicas (número de personas que recibieron cualquier producto de PrEP al menos una vez durante el período de notificación) dividido por el tamaño de la población vulnerable que se beneficiaría del uso de PrEP.

CALIDAD DE LAS ESTIMACIONES DEL TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

Las secciones regionales de este informe incluyen tablas del tamaño estimado de las poblaciones clave. El tamaño estimado de las poblaciones clave se refiere a los valores reportados a través de la Monitoreo Global del Sida desde el 2018 solamente. Durante estas rondas de presentación de informes se llevó a cabo un examen exhaustivo de los datos y, por lo tanto, las estimaciones no deberían compararse con los datos presentados en informes anteriores de ONUSIDA. Las estimaciones enviadas se revisan a medida que se notifican y se categorizan para su uso apropiado. Las categorías son las siguientes:

- "Estimación del tamaño de la población nacional" se refiere a estimaciones que se derivan empíricamente utilizando uno de los siguientes métodos: multiplicador, captura-recaptura, cartografía/enumeración, método de ampliación de la red (NSUM) o encuesta basada en la población, o muestreo sucesivo (RDS-SS) impulsado por el encuestado. Las estimaciones deben ser nacionales o de una combinación de múltiples sitios con un enfoque claro para extrapolación a una estimación nacional.
- "Estimación del tamaño de la población local" se refiere a estimaciones que se derivan empíricamente utilizando uno de los métodos mencionados anteriormente, pero sólo para sitios subnacionales que son insuficientes para la extrapolación nacional.
- "Datos insuficientes" se refiere ya sea a estimaciones derivadas de opiniones de expertos, Delphi, sabiduría de las multitudes, resultados o registros programáticos, puntos de referencia regionales o métodos desconocidos, o estimaciones derivadas antes del 2017. Las estimaciones pueden o no ser nacionales.

PARTE 4. ESTIMACIONES SUBNACIONALES DEL VIH PARA EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

Las estimaciones subnacionales del VIH se generaron utilizando el modelo Naomi para 38 países del África subsahariana y uno del Caribe que habían realizado una o más encuestas serológicas representativas basadas en la población (ver tabla 14.4).

Modelo Naomi: Este modelo utiliza la estimación de áreas pequeñas para modelar conjuntamente la prevalencia del VIH y las personas que viven con VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH (7). El modelo combina datos a nivel subnacional sobre resultados múltiples de varias fuentes en un modelo estadístico bayesiano. Utiliza datos de encuestas nacionales basadas en la población y datos sobre terapia antirretroviral y pruebas en clínicas prenatales para proporcionar indicadores sólidos de la carga subnacional del VIH. Proporciona estimaciones y rangos de incertidumbre para varios indicadores (incluyendo prevalencia del VIH, personas que viven con VIH, cobertura de terapia antirretroviral, incidencia del VIH y nuevas infecciones) por sexo, grupos de cinco años de edad y nivel subnacional.

El modelo produce estimaciones en tres puntos temporales: el año de la encuesta poblacional más reciente, el año de la última ronda de estimaciones nacionales sobre el VIH (2021) y proyecciones a corto plazo de un año para la planificación de programas sobre el VIH. Las estimaciones subnacionales de la población por sexo y grupo de edad se obtienen de fuentes consensuadas en cada país y se ajustan para que coincidan con las poblaciones utilizadas dentro de Spectrum por sexo y grupo de edad.

Las estimaciones transversales de la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH se producen en el punto medio de la encuesta nacional más reciente de hogares representativos. En cuanto a la prevalencia del VIH, el modelo se calibra para sondear los datos sobre la prevalencia del VIH por nivel subnacional, sexo y grupo de cinco años de edad a partir de la encuesta poblacional más reciente (Encuesta demográfica y de salud o Evaluación del impacto del VIH basada en la población [EPIA]). Dado que el tamaño de la muestra de la encuesta en cada zona subnacional es relativamente pequeño, los datos comunicados habitualmente sobre la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que asisten a su primera visita de atención prenatal, extraídos del sistema nacional de información sanitaria, se utilizan para mejorar las estimaciones del patrón espacial del VIH.

La cobertura de la terapia antirretroviral por área subnacional, edad y sexo se calcula a partir de datos de encuestas basadas en la población sobre la presencia de biomarcadores antirretrovirales en los encuestados VIH positivos. La cobertura de terapia antirretroviral reportada de forma rutinaria entre mujeres embarazadas antes de su primera visita de atención prenatal se utiliza como covariable para el patrón espacial de cobertura de terapia antirretroviral. La cobertura de la terapia antirretroviral y la prevalencia del VIH también se calibran de modo que el número total de terapia antirretroviral coincida con el informe del expediente nacional Spectrum.

Un desafío para estimar la cobertura de tratamiento para áreas subnacionales es que las personas pueden acceder a los servicios de terapia antirretroviral en un distrito diferente al de su residencia (por ejemplo, si las instalaciones están más cerca o se percibe que proporcionan mejores servicios). El modelo permite la probabilidad de que las personas que viven con VIH tengan acceso a la terapia antirretroviral en una zona subnacional vecina. El supuesto anterior era que la mayoría de las personas que viven con VIH tendrán acceso a la terapia antirretroviral en su zona de residencia, pero esta probabilidad puede variar en función de los datos del área subnacional sobre el número de personas que reciben terapia antirretroviral en comparación con la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la población.

No se dispone de estimaciones directas de la incidencia del VIH a nivel subnacional. Si bien algunas encuestas recientes han medido la incidencia del VIH a nivel nacional basándose en medidas de biomarcadores para infecciones recientes por VIH, se han observado muy pocas infecciones recientes en cualquier distrito como para hacer una estimación sólida. Por lo tanto, para estimar la incidencia del VIH a nivel subnacional, se calcula la tasa de transmisión del VIH a partir de las estimaciones de Spectrum y se aplica a las estimaciones de zonas pequeñas de prevalencia del VIH y cobertura de terapia antirretroviral en cada zona subnacional. La distribución por sexo y edad en cada zona subnacional se basa en las tasas de incidencia del archivo nacional Spectrum de un país, aplicadas a la estructura de la población de cada zona.

El modelo proyecta desde la encuesta más reciente hasta el período actual, creando una proyección de la población en un solo paso hasta el 2021. Las estimaciones de población se actualizan con las estimaciones oficiales de población. El número de personas que viven con VIH se proyecta sobre la base de las estimaciones de supervivencia por provincia, sexo y grupo de edad de Spectrum durante el mismo período (lo que explica la progresión de la enfermedad del VIH y los efectos de la cobertura de la terapia antirretroviral que reduce la mortalidad relacionada con el sida). La cobertura de la terapia antirretroviral se actualiza sobre la base del número de personas que recibieron tratamiento en el 2021 a partir de los datos de prestación de servicios.

TABLA 14.4 Países que utilizan el modelo Naomi para generar estimaciones subnacionales

NO	PAÍS
1	Angola
2	Benín
3	Botsuana
4	Burkina Faso
5	Burundi
6	Camerún
7	República Centroafricana
8	Chad
9	Congo
10	Costa de Marfil
11	República Democrática del Congo
12	Guinea Ecuatorial
13	Suazilandia
14	Etiopía
15	Gabón
16	Gambia
17	Ghana
18	Guinea
19	Guinea-Bissau
20	Haití

NO	PAÍS
21	Kenia
22	Lesoto
23	Liberia
24	Malawi
25	Malí
26	Mozambique
27	Namibia
28	Níger
29	Nigeria
30	Ruanda
31	Santo Tomé y Príncipe
32	Senegal
33	Sierra Leona
34	Sudáfrica
35	República Unida de Tanzania
36	Togo
37	Uganda
38	Zambia
39	Zimbabue

PARTE 5. ESTIMACIONES DE LAS PROPORCIONES DE GRUPOS DE RIESGO DE VIH PARA NIÑAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES

Se estimó la incidencia de comportamientos de riesgo del VIH y la incidencia asociada del VIH a nivel subnacional entre las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes en 13 países del África subsahariana (8). Se analizaron datos de encuestas nacionales de hogares referenciados geoespacialmente entre 1999 y 2018 en 13 países prioritarios del Fondo Mundial en África subsahariana. Las encuestadas femeninas de 15 a 24 años de edad se clasificaron en cuatro grupos de riesgo (no sexualmente activas, convivencia, no regulares o parejas múltiples, y trabajadoras sexuales) sobre la base de comportamientos sexuales reportados en un modelo de regresión espacial-temporal multinomial bayesiana para estimar la proporción de niñas adolescentes y mujeres jóvenes en cada grupo de riesgo estratificado por

distrito, año y grupo de edad de cinco años. Se utilizaron las estimaciones de la prevalencia y la incidencia del VIH a nivel subnacional del modelo de Naomi, junto con las razones de la tasa de incidencia para cada grupo de riesgo, para estimar el número de nuevas infecciones y la tasa de incidencia para cada distrito, edad y población de riesgo..

PARTE 6. REGISTROS DE LEYES Y POLÍTICAS

Los registros de leyes y políticas regionales se construyeron con base en los datos comunicados por los países a través del Instrumento Nacional de Compromisos y Políticas, un componente de Monitoreo Global del Sida, entre 2017 y 2022 (1).

ONUSIDA examina los datos presentados por los países a través del Instrumento Nacional de Compromisos y Políticas. Durante este proceso de examen, ONUSIDA se mantiene en contacto con los puntos focales nacionales del Monitoreo Global del Sida para solicitar aclaraciones o revisar los datos presentados a través de la herramienta.

Los datos comunicados por conducto del Instrumento Nacional de Compromisos y Políticas se han complementado con datos disponibles de otras fuentes, incluidas las bases de datos mundiales y las fuentes primarias.

PARTE 7. DEFINICIONES REGIONALES DE ONUSIDA

La definición regional para Asia y el Pacífico y el Medio Oriente y África del Norte cambió en 2022, y la República Islámica del Irán pasó de Medio Oriente y África del Norte a Asia y el Pacífico. Todas las presentaciones de datos, incluidas las tendencias históricas, utilizan ahora esta nueva definición regional.

ASIA Y EL PACÍFICO

Afganistán
Australia
Bangladesh
Bután
Brunei Darussalam
Camboya
China
República Popular Democrática de Corea
Fiyi
India
Indonesia
Irán (República Islámica del)
Japón

República Democrática Popular Lao

Malasia

Maldivas

Mongolia

Myanmar

Nepal

Nueva Zelanda

Pakistán

Papua Nueva Guinea

Filipinas

República de Corea

Singapur

Sri Lanka

Tailandia

Timor Oriental

Vietnam

CARIBE

Bahamas

Barbados

Belice

Cuba

República Dominicana

Guyana

Haití

Jamaica

Surinam

Trinidad y Tobago

ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL
Angola
Botsuana
Comoras
Eritrea
Suazilandia
Etiopía
Kenia
Lesoto
Madagascar
Malawi
Mauricio
Mozambique
Namibia
Ruanda
Sudáfrica
Sudán del Sur
Uganda
República Unida de Tanzania
Zambia
Zimbabue
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL
Albania
Armenia
Azerbaiyán
Bielorrusia
Bosnia y Herzegovina
Georgia
Kazajistán
Kirguistán
Montenegro
Norte de Macedonia
República de Moldavia
Federación de Rusia
Tayikistán
Turkmenistán
Ucrania
Uzbekistán
AMÉRICA LATINA
Argentina
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Chile
Colombia
Costa Rica
Ecuador
El Salvador
Guatemala
Honduras
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Uruguay
Venezuela (República Bolivariana de)

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE
Argelia
Bahréin
Yibuti
Egipto
Irak
Jordania
Kuwait
Líbano
Libia
Marruecos
Omán
Qatar
Arabia Saudita
Somalia
Sudán
República Árabe Siria
Túnez
Emiratos Árabes Unidos
Yemen
ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL
Benín
Burkina Faso
Burundi
Camerún
Cabo Verde
República Centroafricana
Chad
Congo
Costa de Marfil
República Democrática del Congo
Guinea Ecuatorial
Gabón
Gambia
Ghana
Guinea
Guinea-Bissau
Liberia
Malí
Mauritania
Níger
Nigeria
Santo Tomé y Príncipe
Senegal
Sierra Leona
Togo
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE
Austria
Bélgica
Bulgaria
Canadá
Croacia
Chipre
República Checa
Dinamarca

Estonia
Finlandia
Francia
Alemania
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Países Bajos
Noruega
Polonia
Portugal
Rumania
Serbia
Eslovaquia
Eslovenia
España
Suecia
Suiza
Turquía
Reino Unido
Estados Unidos de América

**Actualización mundial sobre el sida
de ONUSIDA 2022**

ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones
Unidas sobre el VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666