

ONUSIDA 2020

REFERENCIA

Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH

Orientaciones para que los países implementen programas efectivos que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos.

Contenidos

- 2** Resumen ejecutivo
- 7** Introducción
- 10** Los programas principales de derechos humanos de ONUSIDA y los seis entornos
- 12** Cómo dañan el estigma y la discriminación
- 14** Cómo opera el proceso de estigmatización en el contexto del VIH
- 17** Cómo utilizar el Marco de referencia sobre estigma y discriminación en salud
- 17** Diseño de intervenciones
- 20** **Formas de hacer frente al estigma y la discriminación en seis entornos**
- 20** Bases para las recomendaciones referidas a cada entorno
- 21** **Entornos comunitarios**
- 21** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones
- 24** **Entornos laborales**
- 25** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones
- 29** **Entornos educativos**
- 31** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones
- 34** **Entornos sanitarios**
- 35** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones
- 38** **Sistemas de justicia**
- 40** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones
- 44** **Entornos de emergencia y asistencia humanitaria**
- 46** Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

49	Consideraciones relevantes para todos los entornos
49	Leyes y políticas
49	Protección y servicios sociales
50	Desigualdades sociales y económicas
50	Desigualdad de géneros y normas desiguales según el género
51	Normas sociales y culturales
51	Violencia sexual y de género
51	Comunicación y medios
52	Monitoreo y evaluación de avances para eliminar todas las formas de estigma y discriminación asociadas al VIH
52	Ejemplo 1
53	Ejemplo 2
54	Buenas prácticas de monitoreo y evaluación
55	Conclusión
58	Referencias
68	Anexo 1 Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos comunitarios
72	Anexo 2 Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos laborales
73	Anexo 3 Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos educativos
75	Anexo 4 Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos sanitarios
78	Anexo 5 Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en sistemas de justicia

Resumen ejecutivo

En diciembre de 2017 se formó la Alianza Mundial de Acciones Tendientes a Eliminar todas las Formas de Estigma y Discriminación asociados al VIH (Alianza Mundial) para inspirar a los países a encarar acciones que eliminaran las principales barreras para acceder a los servicios de VIH. La Alianza Mundial fue convocada por líderes de la Red Global de Personas que viven con VIH (GNP+), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La Delegación de ONG ante la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA le aporta liderazgo y apoyo técnico. La Alianza Mundial “ofrece una excelente oportunidad para aprovechar el poder conjunto de los gobiernos, la sociedad civil, los donantes bilaterales y multilaterales, el mundo académico y las Naciones Unidas para conseguir que el estigma y la discriminación asociados al VIH sean cosa del pasado” (1).

En este informe se analizan los datos empíricos más recientes acerca de programas clave que efectivamente funcionan para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH y ampliar el acceso a la justicia en los seis entornos en que se centra la Alianza Mundial (2). También se incluyen orientaciones para gobiernos nacionales y actores clave sobre: (a) cómo dañan el estigma y la discriminación; (b) cómo opera el proceso de estigmatización y cómo podemos detenerlo; (c) los principios centrales de las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación; (d) un panorama de enfoques comunes para las intervenciones; (e) recomendaciones basadas en los datos empíricos más recientes sobre cómo reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en los seis entornos; y (f) un panorama de consideraciones para monitorear el éxito de las intervenciones programáticas recomendadas para cada entorno. Los seis entornos de referencia son:

- Comunitario
- Laboral
- Educativo
- Sanitario
- Sistemas de justicia
- Emergencia y asistencia humanitaria

Se pone el acento en los entornos con el fin de apoyar a los países en el desarrollo de respuestas integrales que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH, aportándoles explicaciones acerca de cómo operan el estigma y la discriminación en cada entorno, a quiénes afectan, y qué se puede hacer para superarlos basándose en los datos empíricos y las buenas prácticas disponibles.

Las intervenciones que se recomiendan para cada entorno surgen de los datos empíricos más recientes acerca de intervenciones y programas exitosos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH o del impacto que han tenido las modificaciones en leyes y políticas sobre la epidemia del VIH. Para todos los entornos, pero sobre todo para aquellos en que la base de datos empíricos era inexistente o más débil (laboral, sistemas de justicia, emergencia) consultamos a personas expertas con capacidad técnica y que trabajan en esos ámbitos para identificar buenas prácticas. Los aspectos más destacados para formular recomendaciones específicas son los siguientes:

En entornos comunitarios:

- Incrementar las consejerías individuales para mitigar el estigma internalizado.
- Involucrar a familias y hogares en las actividades para reducir el estigma y la discriminación contra poblaciones clave.
- Implementar servicios y programas que protejan la salud y el bienestar de personas que viven con VIH y poblaciones clave.
- Involucrar a personas líderes en la comunidad e implementar programas y estrategias para modificar normas comunitarias que fomentan el estigma y la discriminación.

En entornos laborales:

- Difundir entre el personal conocimientos sobre sus derechos en el lugar de trabajo, herramientas y servicios existentes para solicitar resarcimiento.
- Implementar y poner en práctica políticas laborales que promuevan un ambiente saludable libre de estigma y discriminación por VIH y hacia las poblaciones clave. Apoyar el desarrollo y la implementación de políticas de esta clase que puedan aplicarse en todo el sector del empleo formal.
- Capacitar a todo el entorno laboral en VIH, comorbilidades y alfabetización jurídica para promover normas sociales positivas asociadas al VIH.

En entornos educativos:

- Garantizar que las/os adolescentes tengan acceso a servicios de VIH amigables y a educación sexual integral.
- Ofrecer al personal docente la capacitación y el apoyo institucional necesario para que pueda responder a las necesidades psicosociales de estudiantes que viven con VIH y que integran poblaciones clave a la vez que facilitan un ambiente educativo libre de estigma y discriminación por VIH y hacia poblaciones clave.
- Involucrar a las familias y a toda la comunidad en actividades para reducir el estigma y la discriminación.
- Desarrollar y poner en práctica políticas que atiendan a las necesidades de jóvenes que viven con VIH o que se identifican como integrantes de poblaciones clave. Por ejemplo: una política de tolerancia cero contra el estigma o la discriminación por VIH en todo el sector educativo o una reconsideración de las restricciones etarias para acceder a pruebas y servicios de VIH.

En entornos sanitarios:

- Incorporar facilitadoras/es legales a las instituciones de salud para que puedan orientar y concientizar a las poblaciones que “se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — acerca de sus derechos, los estándares de calidad en el acceso a servicios y la atención en salud sin discriminación alguna.

- Organizar capacitación previa y simultánea al servicio para todo el personal de instituciones sanitarias sobre VIH, derechos humanos, poblaciones clave, reducción del estigma, no discriminación, sensibilización en género y ética médica. Evaluar en forma regular los conocimientos, actitudes y prácticas del personal que brinda atención sanitaria hacia las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — para que quienes dirigen las instituciones sanitarias puedan identificar y resolver posibles problemas.
- Garantizar que la institución siempre tenga insumos para precauciones universales y profilaxis posexposición para reducir el temor a la exposición ocupacional al VIH lo que a su vez reducirá las conductas que procuran evitar el contacto con personas que viven con VIH.

En sistemas de justicia:

- Implementar programas para empoderar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — con alfabetización jurídica y acceso a servicios de resarcimiento.
- Derogar las leyes que tipifican como delito el uso o posesión de drogas para uso personal, el trabajo sexual en todos sus aspectos, la orientación sexual, la identidad de género y la exposición, ocultación y transmisión del VIH.
- Informar y sensibilizar en forma regular a garantes de derechos acerca de los aspectos legales, de salud y derechos humanos del VIH, leyes nacionales relevantes, y las consecuencias de su aplicación, investigaciones y procedimientos judiciales.
- Revisar en forma regular las leyes, regulaciones y políticas existentes acerca del VIH y compararlas con los compromisos globales asumidos. Como parte de la respuesta nacional al VIH, encarar acciones acerca de las leyes y políticas que discriminan a quienes forman parte de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.

En contextos de emergencia:

- Implementar programas y servicios para reducir el estigma internalizado y apoyar las necesidades de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en las situaciones de conflicto y de crisis, proporcionándoles un acceso seguro a atención y tratamientos.
- Fortalecer la capacidad del personal de salud a nivel comunitario asegurando que exista buena comunicación entre las comunidades y los sistemas formales de salud en contextos de emergencia.
- Implementar programas para prevenir, abordar, monitorear y reportar la violencia contra las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en contextos de emergencia.
- Incluir disposiciones para las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en los planes nacionales para emergencia.

Para todos los entornos:

- Habilitar a las redes locales de poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — para que monitoreen el impacto de leyes y políticas sobre los servicios relacionados con el VIH, hagan incidencia para modificarlas cuando resulte necesario y participen en el desarrollo de programas y políticas.
- Monitorear las situaciones de estigma, discriminación y violaciones de derechos que enfrentan poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.
- Ofrecer capacitación previa y simultánea al servicio para garantes de derechos y personas líderes a nivel comunitario sobre VIH, derechos humanos, poblaciones clave, reducción del estigma, no discriminación, sensibilización sobre género y ética del trabajo con poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.

Introducción

En el mundo entero, estamos cobrando impulso. Ya logramos enormes avances en cuanto a ampliar el acceso a tratamientos de VIH que salvan vidas y las nuevas infecciones son cada vez menos. Pero el estigma y la discriminación asociados al VIH se yerguen como obstáculos que nos separan de nuestras metas. Si persisten las barreras actuales, los objetivos 90-90-90 de Acción Acelerada de ONUSIDA (por los que el 90% de las personas que viven con VIH conoce su estado serológico positivo, el 90% de quienes lo conocen reciben tratamiento y el 90% de quienes se encuentran en tratamiento para el VIH logran la supresión de su carga vírica) y la reducción de las nuevas infecciones por VIH por debajo de las 500 000 por año seguirán estando fuera de nuestro alcance (3). El estigma y la discriminación interfieren con los servicios de VIH a cada paso, limitando el acceso y la aceptación de los servicios de prevención, la concurrencia a servicios de atención y la adherencia a las terapias antirretrovíricas (4). Dado que cada vez existen más herramientas de prevención y que el acceso a las terapias antirretrovíricas continúa expandiéndose, cabe preguntarnos cómo es posible que el estigma y la discriminación operen como obstáculos. Son tres las razones que lo explican.

La primera: el estigma es persistente e insidioso. Un estigma es una diferencia que se subraya y se etiqueta (5) lo que luego habilita toda una gama de acciones discriminatorias que en última instancia privan a las personas de ser aceptadas plenamente por la sociedad, limitan sus posibilidades en la vida (6) y refuerzan las desigualdades sociales. La segunda: el estigma es interseccional (7). En el contexto del VIH, la "diferencia" muchas veces no implica solo si una persona vive con VIH o no sino también dónde vive, cuánto dinero tiene, de qué color es su piel, de qué género es, con quién decide mantener relaciones sexuales y de qué manera, si utiliza drogas, si está en prisión, si es inmigrante, refugiada, personal de salud, docente o trabajadora sexual. Las identidades sociales estigmatizadas se superponen entre sí, lo que resulta en formas múltiples y convergentes de estigma que agravan sus efectos negativos sobre la salud y el bienestar (8, 9). ONUSIDA ha definido el estigma relacionado con el VIH como las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH, los grupos asociados con las personas que viven con VIH (p.ej. sus familias), y otras poblaciones clave en mayor riesgo de infección por VIH como las personas que se inyectan drogas, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.

El derecho internacional de los derechos humanos entiende por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que directa o indirectamente se base en motivos prohibidos por la legislación internacional y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, en el terreno político, económico, social, cultural, civil o cualquier otro¹. Por lo tanto, la discriminación asociada al VIH consiste en toda distinción, exclusión o restricción (que también puede expresarse como "todo acto u omisión") que directa o indirectamente se base en el estado serológico positivo al VIH real o percibido de una persona. La discriminación en el contexto del VIH también incluye actos u omisiones que afectan a otras poblaciones clave y grupos en un mayor riesgo de infectarse por VIH. Esta

¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación general 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (Artículo 2, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2 de julio 2009, E/C.12/GC/20. https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html

'NOSOTROS'. 'ELLOS'. DEBILIDAD.

discriminación puede tornarse institucional cuando existen leyes, políticas y prácticas que afectan de manera negativa a las personas que viven con VIH y los grupos marginados, entre ellos las poblaciones criminalizadas.

La tercera razón es que el estigma y la discriminación son formas de poder y control habilitadas por "fuerzas sociales, culturales, políticas y económicas de mayor alcance que estructuran el estigma" (7). No son solo actos individuales de una persona hacia otra. Por eso, nuestra respuesta debe ser multifacética. Además de trabajar con individuos, familias y comunidades, debemos hacerlo con organizaciones e instituciones. Nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a reformar leyes y políticas perjudiciales así como a construir sistemas de justicia solidarios.

Recuadro 1

El estigma y la discriminación pueden resultar en violaciones a nuestros derechos humanos básicos

Cuando el estigma habilita la discriminación eso puede resultar en violaciones a nuestro derecho humano a vivir una vida libre de discriminación, consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros tratados internacionales y regionales de derechos humanos. Su Artículo 2 afirma que toda persona puede reclamar sus derechos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Si bien la idea de organizar una respuesta global para eliminar todas las formas de estigma y discriminación asociadas al VIH puede resultar abrumadora, contamos con una base muy sólida sobre la cual construirla. Existen marcos de referencia sobre políticas y compromisos para apoyar una respuesta de envergadura frente al estigma y la discriminación, como por ejemplo (a) el objetivo de eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH para 2020 incluido en la Acción Acelerada de ONUSIDA (3); (b) los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 5, 10 y 16 sobre igualdad de género, reducción de desigualdades en y entre los países y promoción de sociedades justas, pacíficas e inclusivas; y (c) la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA y la Declaración Política de Naciones Unidas para poner fin al Sida de 2016 ya que ambas incluyen como meta la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH.

Los países se han comprometido a financiar el fin del Sida, lo que incluye invertir en el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). En 2017 el Fondo Mundial presentó la Iniciativa *Breaking Down Barriers* (Derribar Barreras) que distribuye 45 millones de dólares en fondos catalíticos para 20 países² a modo de apoyo intensivo para potenciar respuestas integrales que eliminen las barreras asociadas a derechos humanos en los servicios de atención al VIH, la tuberculosis y la malaria. Las intervenciones recomendadas para ser potenciadas se basan en los siete programas fundamentales sobre derechos humanos de ONUSIDA destinados a reducir el estigma y la discriminación así como a ampliar el acceso a la justicia en las respuestas nacionales al VIH (ver Tabla 1) (2).

² Benín, Botsuana, Camerún, Côte d'Ivoire, Filipinas, Ghana, Honduras, Indonesia, Jamaica, Kenia, Kirguistán, Mozambique, Nepal, República Democrática del Congo, Senegal, Sierra Leona, Sudáfrica, Túnez, Uganda, Ucrania.

Tabla 1.

Ejemplos de intervenciones para cada uno de los programas fundamentales sobre derechos humanos de ONUSIDA

Programa fundamental sobre derechos humanos de ONUSIDA	Ejemplos de intervenciones
<p>1: reducir la estigmatización y la discriminación</p>	<p>Crear conciencia acerca del estigma y sus consecuencias perjudiciales mediante campañas en los medios (p.ej. radio, televisión, entretenimiento que educa), estrategias de contacto (p.ej. interacciones positivas entre personas que viven con VIH y el público en general o garantes de derechos) e involucramiento de personas líderes en el ámbito religioso y comunitario Incluir la no discriminación como parte de las políticas institucionales y laborales Medición del estigma relacionado con el VIH a través del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH Movilización de pares y apoyos desarrollados por y para personas que viven con VIH para promover su salud, bienestar y derechos humanos</p>
<p>2: ampliación del acceso a servicios legales relacionados con el VIH</p>	<p>Información y derivaciones jurídicas Asesoría y representación legal Métodos alternativos o comunitarios para la resolución de disputas Involucrar a personas líderes del ámbito religioso o tradicional y a los sistemas legales tradicionales (p.ej. los tribunales comunitarios) en la resolución de conflictos y la modificación de normas tradicionales perjudiciales Litigación estratégica</p>
<p>3: control y reforma de leyes, políticas y regulaciones</p>	<p>Revisar leyes y prácticas de cumplimiento de la ley para evaluar si afectan la respuesta al VIH de manera positiva o negativa Evaluar el acceso a la justicia para las personas que viven con el VIH o en vulnerabilidad a este Promover y hacer incidencia por reformas legislativas Involucrar a representantes en el Parlamento y Ministerios así como a personas líderes del ámbito religioso y tradicional Promover la sanción e implementación de leyes, reglamentos y directrices que prohíban la discriminación y fomenten el acceso a prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH</p>
<p>4: difusión de la alfabetización jurídica</p>	<p>Campañas de concientización a través de los medios (p.ej. televisión, radio, prensa escrita, Internet) que brinden información sobre derechos y leyes asociados al VIH Movilización y educación de la comunidad Divulgación entre pares Líneas de asistencia telefónica</p>
<p>5: sensibilización de legisladores y agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad</p>	<p>Sensibilización a la policía sobre el VIH, cómo se transmite y cómo no se transmite Importancia de hacer difusión con poblaciones en riesgo y acceder a ellas para tratar en forma adecuada casos de violencia doméstica y sexual en el contexto del VIH Consecuencias negativas de la actividad policial ilegal para las respuestas al VIH y la justicia Sesiones de sensibilización sobre los aspectos legales, de salud y derechos humanos del VIH, incluyendo las leyes nacionales relevantes y sus implicancias para la aplicación, investigaciones y procedimientos judiciales destinadas a representantes en el Parlamento, funcionario de los ministerios de Justicia e Interior, titulares de juzgados y fiscalías, abogados/as, personas líderes del ámbito tradicional y religioso Programa sobre VIH en el lugar de trabajo para integrantes del Parlamento y agentes encargados de cumplir la legalidad</p>
<p>6: formación sobre derechos humanos y ética médica en relación al VIH para proveedores de atención sanitaria</p>	<p>Formación en derechos humanos y ética para personal que brinda atención sanitaria, personas que dirigen instituciones y entes regulatorios de salud, estudiantes de carreras médicas y de enfermería.</p>
<p>7: reducir la discriminación hacia las mujeres en el contexto del VIH</p>	<p>Fortalecer el ambiente legal y de políticas para garantizar que existan leyes que protejan a mujeres y niñas de la desigualdad y la violencia de género. Promover cambios en las relaciones domésticas y en las leyes sobre violencia doméstica así como en su aplicación cuando estas no protegen a las mujeres o se constituyen en barreras para el acceso a servicios relacionados con VIH Reforma de las leyes sobre propiedad, herencia y tenencia de hijos/as para garantizar la igualdad de derechos a las mujeres, niñas/os y personas que brindan cuidados afectadas por el VIH Programas de educación en sexualidad y habilidades para la vida adecuados a cada edad que también procuren reducir la desigualdad y la violencia de género. Programas para reducir las normas de género perjudiciales que colocan a mujeres, niñas, hombres y niños en riesgo de infección por VIH, incluyendo el desarrollo de capacidades para grupos de sociedad civil que trabajan por los derechos de las mujeres y la igualdad de género. Programas para incrementar el acceso a oportunidades educativas y de empoderamiento económico para mujeres que viven con VIH o están en vulnerabilidad de infectarse por el VIH. Servicios integrales de salud con un sistema de derivaciones que funcione bien y que incluyan atención para víctimas de violación así como profilaxis potexposición.</p>

La Alianza Mundial de Acciones Tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación Asociadas al VIH convocada por líderes de la Red Global de Personas que viven con VIH (GNP+), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y con liderazgo y apoyo técnico de la Delegación de organizaciones no gubernamentales ante la Junta Coordinadora del Programa (JCP) de ONUSIDA traduce ese impulso en acción. La Alianza Mundial “ofrece una excelente oportunidad para aprovechar el poder conjunto de los gobiernos, la sociedad civil, los donantes bilaterales y multilaterales, el mundo académico y las Naciones Unidas para conseguir que el estigma y la discriminación relacionados con el VIH sean cosa del pasado” (1).

En este documento de orientación se analizan los datos empíricos más recientes acerca de programas clave que efectivamente funcionan para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH y ampliar el acceso a la justicia en los seis entornos en que se centra la Alianza Mundial. También se incluyen orientaciones para gobiernos nacionales y actores clave sobre: (a) cómo dañan el estigma y la discriminación; (b) cómo opera el proceso de estigmatización y cómo podemos detenerlo; (c) los principios centrales de las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación; (d) un panorama de enfoques comunes a las intervenciones; (e) recomendaciones basadas en los datos empíricos más recientes sobre cómo reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en los seis entornos; y (f) un panorama de consideraciones para monitorear el éxito de las intervenciones programáticas recomendadas para cada entorno. Los seis entornos de referencia son:

- Comunitario
- Laboral
- Educativo
- Sanitario
- Sistemas de justicia
- Emergencia

Se pone el acento en los entornos con el fin de apoyar a los países en el desarrollo de respuestas integrales que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH, aportándoles explicaciones acerca de cómo operan el estigma y la discriminación en cada entorno, a quiénes afectan, y qué se puede hacer para superarlos basándose en los datos empíricos y las buenas prácticas disponibles.

Los programas principales de derechos humanos de ONUSIDA y los seis entornos

Los programas de derechos humanos de ONUSIDA definen siete programas fundamentales en los que se necesitan intervenciones para reducir el estigma y la discriminación a la vez que se amplía el acceso a la justicia en general. Pero las intervenciones a menudo se desarrollan puntualmente para alguno de los seis entornos mencionados más arriba, donde también se las pone a prueba, por lo que los datos empíricos acerca de lo que funciona bien son específicos para cada entorno. Las intervenciones pueden abordar uno o más de los programas fundamentales de derechos humanos (y es común que incluyan más de uno), conformando un todo en el que se refuerzan mutuamente.

Estas orientaciones actualizadas sobre intervenciones para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH se basan en un análisis de los datos empíricos acerca de lo que funciona y también de aportes de personas expertas en aquellos casos en que se carecía de datos empíricos. Por eso las nuevas orientaciones recomendadas por la Alianza Mundial están estructuradas a partir de los seis entornos. Si bien es necesario implementar algunos programas de derechos humanos en todos los entornos, otros solo son relevantes para algunos de ellos (ver Cuadro 2). Es importante señalar que las intervenciones recomendadas para los seis entornos en que se centra la Alianza Mundial no reemplazan a los programas de derechos humanos de ONUSIDA sino que les aportan una dirección que los países pueden tomar como guía para desarrollar, implementar y monitorear intervenciones.

Tabla 2.

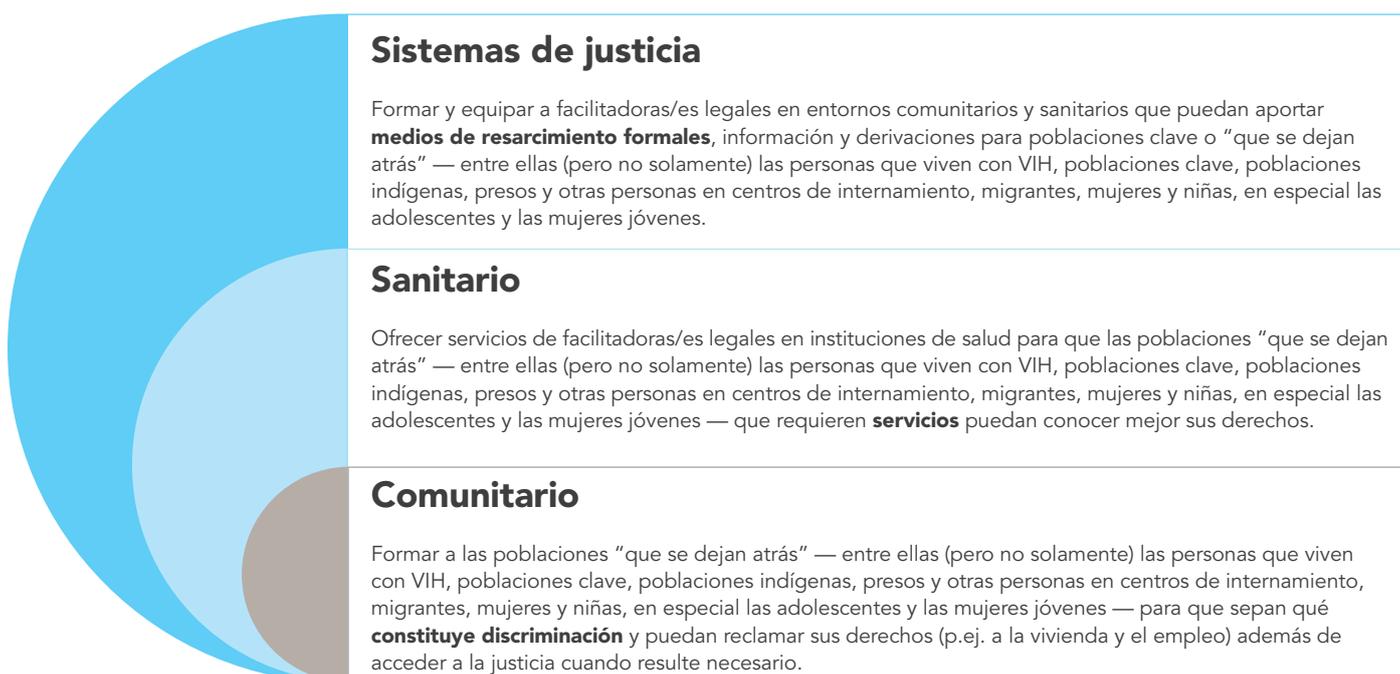
Relaciones entre las áreas del programa de derechos humanos de ONUSIDA y los seis entornos de la Alianza Mundial de Acciones Tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación Asociadas al VIH.

Programas de derechos humanos de ONUSIDA	Entornos para implementar intervenciones de los programas de derechos humanos
1: reducir la estigmatización y la discriminación	Todos los entornos: comunitario, laboral, educativo, sanitario, sistemas de justicia, emergencia
2: ampliación del acceso a servicios legales relacionados con el VIH	Comunitario, sanitario, sistemas de justicia, emergencia ¹
3: control y reforma de leyes, políticas y regulaciones	Comunitario Promover cambios en las leyes, políticas y regulaciones, y monitorear su impacto Formular e implementar cambios en sistemas de justicia y entornos laboral, educativo y sanitario
4: difusión de la alfabetización jurídica	Comunitario, sanitario, sistemas de justicia
5: sensibilización de legisladores y de los agentes encargados de hacer cumplir la legalidad	Sistemas de justicia, educativo, laboral
6: formación sobre derechos humanos y ética médica en relación al VIH para proveedores de atención sanitaria	Sanitario, educativo, laboral
7: reducción de la discriminación hacia las mujeres en el contexto del VIH	Todos los entornos: comunitario, laboral, educativos, sanitario, sistemas de justicia, emergencia

¹ Human rights and gender programming in challenging operating environments (COEs): guidance brief. Geneva: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, 2017. (https://www.theglobalfund.org/media/6346/fundingmodel_humanrightsgenderchallengingoperatingenvironments_guidance_en.pdf?u=637153281250000000)

A modo de ejemplo, pensemos en el programa de derechos humanos número 2. En la Figura 1 se mencionan ejemplos de intervenciones basadas en datos empíricos que podrían implementarse en los entornos comunitario, sanitario y de sistemas de justicia para ampliar el acceso a servicios jurídicos relacionados con el VIH.

Figura 1. Ejemplos de intervenciones en cada entorno para ampliar el acceso a servicios jurídicos relacionados con el VIH



Cómo dañan el estigma y la discriminación

Las personas que viven con VIH sufren diversas experiencias estigmatizantes entre ellas las conductas de evitación (p.ej. negarse a compartir alimentos con ellas, darles la mano o sentarse cerca suyo); murmuraciones y abusos verbales (p.ej. insultos, uso de un lenguaje derogatorio contra ellas); y rechazo social (p.ej. excluirlas de eventos sociales, ignorar sus opiniones, pérdida de respeto y de estatus en su entorno). Sus experiencias de discriminación pueden incluir el abuso físico, la privación de servicios de salud, la negativa o pérdida de empleo, la privación de vivienda, y el arresto cuando se tipifica como delito la transmisión del VIH o conductas específicas asociados a él (10, 11). Tomadas en su conjunto, todas estas formas de estigma y discriminación se combinan para impedir el acceso a los servicios relacionados con el VIH, reducir la adherencia a la medicación así como la retención en el proceso asistencial que a menudo resultan en deterioro de su salud física y mental (10-13). Las personas que viven con VIH a menudo se enfrentan a múltiples estigmas interseccionales relacionados con otras condiciones de salud (p.ej. tuberculosis) o identidades (p.ej. raciales, de situación económica, género, ocupación, sexualidad) estigmatizadas. A las personas que transitan otras condiciones e identidades estigmatizadas se las conoce como poblaciones clave o poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — según la centralidad que ocupen en relación a las dinámicas o las respuestas frente a la epidemia (9, 14).

Las poblaciones clave son las que más probablemente estén expuestas al VIH. ONUSIDA considera como principales poblaciones clave a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores/as sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, personas presas y personas en centros de internamiento (15, 16).

En muchos entornos, a las poblaciones clave se las criminaliza y eso resulta en más estigma y más discriminación contra ellas. En los sistemas de justicia, la criminalización de determinadas conductas (p.ej. usar drogas, ocultar el estado frente al VIH) u ocupaciones (p.ej. trabajo sexual), puede fomentar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave al justificar actitudes y acciones perjudiciales por parte de agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad (p.ej. arrestar a personas que usan drogas en espacios de reducción de daños, extorsionar a trabajadoras/es sexuales para que brinden servicios sexuales gratuitos a la policía y así eludir el arresto). Todo esto implica un mayor riesgo de infección por VIH para las poblaciones clave. La criminalización viola los derechos humanos de las poblaciones clave y restringe su capacidad de acceder a servicios de justicia y de salud. Un ambiente legal discriminatorio impide que las poblaciones clave utilicen servicios para la reducción de daños y observen otras conductas que reducen el riesgo de contraer VIH por miedo al arresto, el acoso u otras respuestas negativas por parte de agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad (17-23).

En algunos países las/os trabajadoras/es sexuales pueden ser objeto de arresto si portan preservativos en cantidad ya que eso constituye “evidencia” de que ejercen el trabajo sexual. Esto puede hacer que prefieran no llevar consigo preservativos, reduciendo así su uso durante el trabajo sexual y colocándolas/os en mayor vulnerabilidad al VIH (19, 20).

Las personas que viven con VIH en prisión muchas veces no reciben la atención necesaria para adherir a los tratamientos. Además, es posible que vivan en condiciones de hacinamiento y falta de higiene, lo que puede ejercer un impacto aún mayor sobre su sistema inmunitario o incrementar su riesgo de exposición a la tuberculosis (24-26).

Las personas que forman parte de poblaciones clave muchas veces son estigmatizadas cualquiera sea su estado serológico, lo que contribuye a que reciban un trato discriminatorio en entornos sanitarios (27). Un estudio realizado en Sudáfrica y Zambia reveló que la mayoría del personal de salud entrevistado tenía actitudes negativas hacia las poblaciones clave (28). Estudios realizados en Botsuana, Malawi y Namibia mostraron

“LA ESTIGMATIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN GENERALIZADAS, LA VIOLENCIA Y EL HOSTIGAMIENTO POR ACTORES ESTATALES Y NO ESTATALES, LAS LEYES Y POLÍTICAS RESTRICTIVAS, Y LA CRIMINALIZACIÓN DE CONDUCTAS O PRÁCTICAS ACENTÚAN LOS RIESGOS PARA LAS POBLACIONES CLAVE Y DEBILITAN SU ACCESO A SERVICIOS” (KEY POPULATIONS. GINEBRA: FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA; 2019)

que, comparados con las personas heterosexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tenían el doble de probabilidades de sentir miedo ante la posibilidad de procurar atención sanitaria y era seis veces más probable que se les negaran servicios (29). Debido al estigma y la discriminación, quienes forman parte de poblaciones clave a veces evitan por completo concurrir a entornos sanitarios o cuando lo hacen deciden no revelar información personal muy importante (p.ej. uso de drogas, salud sexual) lo que puede resultar en una atención o un tratamiento inadecuados (27, 30, 31).

Para las personas que llegan a solicitar pruebas o tratamientos, el estigma y la discriminación constituyen barreras adicionales que les impiden mantener una buena salud. La falta de apoyo familiar o comunitario puede obstaculizar la adherencia al tratamiento e interferir con la gestión del VIH. Esto se observa particularmente en las personas transgénero que viven con VIH. Un estudio señaló que las mujeres transgénero que viven con VIH en Estados Unidos tenían un 50% menos de probabilidades de tomar por lo menos el 90% de su medicación antirretrovírica comparadas con mujeres que viven con VIH y no se identifican como transgénero (32).

Como ya se lo ha demostrado, las poblaciones clave suelen sufrir con mayor intensidad estigmas y discriminación interseccionales en todos los entornos. Por eso, las respuestas al estigma y la discriminación asociados al VIH no deberían centrarse solo en las personas que viven con VIH sino también tener en cuenta las formas de estigma y discriminación que sufren los grupos en vulnerabilidad al VIH y cómo estas afectan su capacidad de prevenir la infección y acceder a servicios, tratamiento y atención del VIH (33).

Las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — están sometidas a presiones de su entorno, circunstancias sociales o desigualdades y discriminación estructurales que pueden colocarlas en un mayor riesgo de exposición al VIH y acarrear otras consecuencias negativas para su salud. Las poblaciones en vulnerabilidad varían según el país y el contexto, pero con frecuencia incluyen a adolescentes que viven con VIH; personas mayores que viven con VIH; personas refugiadas, desplazadas y migrantes; personas con discapacidad; personas que viven con tuberculosis, poblaciones que sufren racismo y personas que viven en zonas rurales.

Al igual que las poblaciones clave, las poblaciones en vulnerabilidad pueden ser reticentes a solicitar pruebas, tratamientos o atención del VIH, por temor a sufrir maltrato. A veces el personal de salud trata a mujeres y niñas que viven con VIH como si ellas no pudieran ni debieran mantener relaciones sexuales o tener descendencia, negándoles el acceso a servicios de planificación familiar (34). Esto puede resultar en esterilizaciones o abortos producto de coacción o forzosos (19, 34-41). Las personas que viven con tuberculosis a veces evitan los entornos sanitarios en general porque temen ser estigmatizadas en relación al VIH sin importar cuál sea su estado serológico (42).

La confidencialidad es otra preocupación importante, ya que la revelación no consentida del estado serológico con respecto al VIH puede tener consecuencias graves para algunas poblaciones en vulnerabilidad. En las comunidades rurales, donde los vínculos al interior de las estructuras sociales son estrechos y el acceso a los servicios y recursos relacionados con el VIH es limitado, resulta más difícil que las personas puedan acceder a estos servicios en forma anónima. Brindar servicios relacionados con el VIH en esa clase de comunidades también puede resultar en una estigmatización secundaria para quienes los prestan. Las actitudes de la comunidad hacia las personas que viven con VIH pueden desalentar todo intento de realizarse pruebas o procurar tratamientos del VIH. Un estudio realizado en zonas rurales de Sudáfrica reveló que aun cuando el acceso a tratamientos antirretrovíricos estaba garantizado, las personas no los procuraban por miedo a ser estigmatizadas o discriminadas en relación al VIH. En esta clase de contextos, la posibilidad de que personal que brinda atención sanitaria no respete la confidencialidad aparece como una preocupación particularmente seria (43).

Las poblaciones en vulnerabilidad a veces se enfrentan a fuertes barreras para acceder a entornos sanitarios y otros. El racismo y la discriminación sistemáticos pueden constituir barreras enormes que hacen que las poblaciones que sufren el racismo (p.ej. minorías, migrantes, poblaciones indígenas) desistan de recurrir a los servicios y programas relacionados con el VIH (7, 44, 45). Las necesidades de las personas que viven con discapacidad muchas veces son dejadas de lado hasta el punto de que las instituciones sanitarias pueden no ser físicamente accesibles o no estar equipadas para atender a las personas que viven con discapacidad y con VIH (46, 47).

En los sistemas de justicia, no siempre se respetan la salud y el bienestar de las poblaciones en vulnerabilidad que viven con VIH. Las leyes discriminatorias también pueden constituir un desafío para las poblaciones en vulnerabilidad. Existen todavía más de 40 países en los que el estado serológico de una persona respecto al VIH puede impedirle solicitar asilo o migrar (48). Por eso, una persona refugiada, desplazada o migrante puede ser renuente a recurrir a cualquier servicio gubernamental, incluyendo los de apoyo social y sanitarios, por miedo a ser deportada. Aun en contextos en los que no existen esas restricciones, el estigma y la discriminación asociados al VIH pueden ejercer su impacto sobre la salud y el bienestar de las personas refugiadas, desplazadas y migrantes. Un estudio realizado entre migrantes que viven con VIH en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte observó que el estigma afectaba la sensación de seguridad personal de las personas entrevistadas, llevándolas a eludir interacciones con los servicios de salud y sociales como una de las formas de sobrellevar su situación (49).

En general, las repercusiones del estigma y la discriminación asociados al VIH son más severas para las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. Las mujeres y las niñas de quienes se sabe que viven con VIH a veces son rechazadas por sus parejas y sus familias (34, 50, 51). En algunos contextos, esto puede derivar en inseguridad económica y representar una amenaza para su supervivencia (51). Como resultado de su estado serológico con respecto al VIH, las mujeres y las niñas también pueden ser objeto de violencia por parte de sus parejas, familias o comunidades (34, 50, 52). Las experiencias de estigma y discriminación pueden dañar la autoestima y el bienestar mental de quienes forman parte de poblaciones vulnerables, y derivar en depresión, pensamientos o intentos de suicidio (46, 60, 53, 54). Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que la soledad y el estigma relacionados con el VIH se contaban entre las principales causas de depresión en personas mayores que viven con VIH (54).

NOSOTROS.
EMPODERADOS.
RESISTENTES. FUERTES.

Dado que el estigma y la discriminación afectan de manera desproporcionada a las poblaciones clave y en vulnerabilidad, es fundamental que los países promuevan ambientes legales de apoyo y desarrollen programas y estrategias apropiadas para llegar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — involucrándolas en los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. Al planificar sus respuestas al VIH, incluyendo las respuestas al estigma y la discriminación asociados al VIH, los países deben identificar cuáles son las poblaciones específicas que resultará crítico abordar en sus respuestas a la epidemia y al VIH dado el contexto epidemiológico y social del país, basándose en datos empíricos y de encuestas, consultas y el trabajo conjunto con mujeres, niñas y comunidades en vulnerabilidad.

Cómo opera el proceso de estigmatización en el contexto del VIH

Un primer paso decisivo para desarrollar una respuesta apropiada al estigma y la discriminación asociados al VIH consiste en entender cómo opera el proceso de estigmatización. Este conocimiento les permitirá a los países diseñar programas que puedan detener el proceso o minimizar los impactos negativos del estigma padecido por las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven

con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. Este proceso se puede dividir en tres componentes principales: factores y facilitadores, "marcación de estigma" y manifestaciones del estigma (Figura 2).

Los factores o causas del estigma son negativos (13): entre ellos se cuentan el miedo a infectarse por contactos que no implican riesgo alguno de transmisión del VIH (p.ej. tocarse, besarse); preocupación por la baja productividad debida a problemas de salud, la condena social y la culpa. Los facilitadores pueden ser positivos o negativos (55), como por ejemplo la presencia o ausencia de insumos para la protección y estándares de seguridad laboral en instituciones de salud puede reducir o empeorar las conductas de evitación estigmatizantes (p.ej. utilizar doble guante) por parte del personal de salud hacia personas que viven con VIH (56).

Los factores y facilitadores determinan si se estigmatizará o no a personas o grupos (marcación de estigma) en relación a su estado serológico respecto al VIH o a otras diferencias percibidas como tales (raza, clase, condición socioeconómica, género, orientación sexual u ocupación). El estigma interseccional surge cuando a una persona se la "marca" con múltiples estigmas. Una vez que se aplicó un estigma, este se manifiesta a través de una serie de experiencias (realidades vividas) y prácticas (creencias, actitudes, acciones).

Las experiencias de estigma incluyen la discriminación — que consiste en sufrir acciones u omisiones estigmatizantes (p.ej. la no inclusión de rampas para personas con discapacidad) que están prohibidas por el derecho internacional de los derechos humanos (p.ej. privar a una persona de su vivienda o su empleo o que la pareja de una mujer la agrede por su estado serológico con respecto al VIH). El estigma padecido o sufrido es resultado de conductas estigmatizantes que caen por fuera del alcance del derecho internacional de los derechos humanos, como por ejemplo el uso de doble guante para atender a una persona o evitar hacer negocios con ella por su estado serológico con respecto al VIH .

Otra experiencia de estigma es el estigma internalizado (autoestigmatización) que ocurre cuando una persona que vive con VIH se identifica con las actitudes negativas asociadas al VIH y acepta que se le aplican a ella. El estigma percibido consiste en percepciones acerca de cómo se trata a los grupos estigmatizados en un contexto determinado y el estigma anticipado se refiere a las expectativas de ser objeto de prejuicio si otras personas se enteran de su estado de salud. Ambas son también experiencias de estigma.

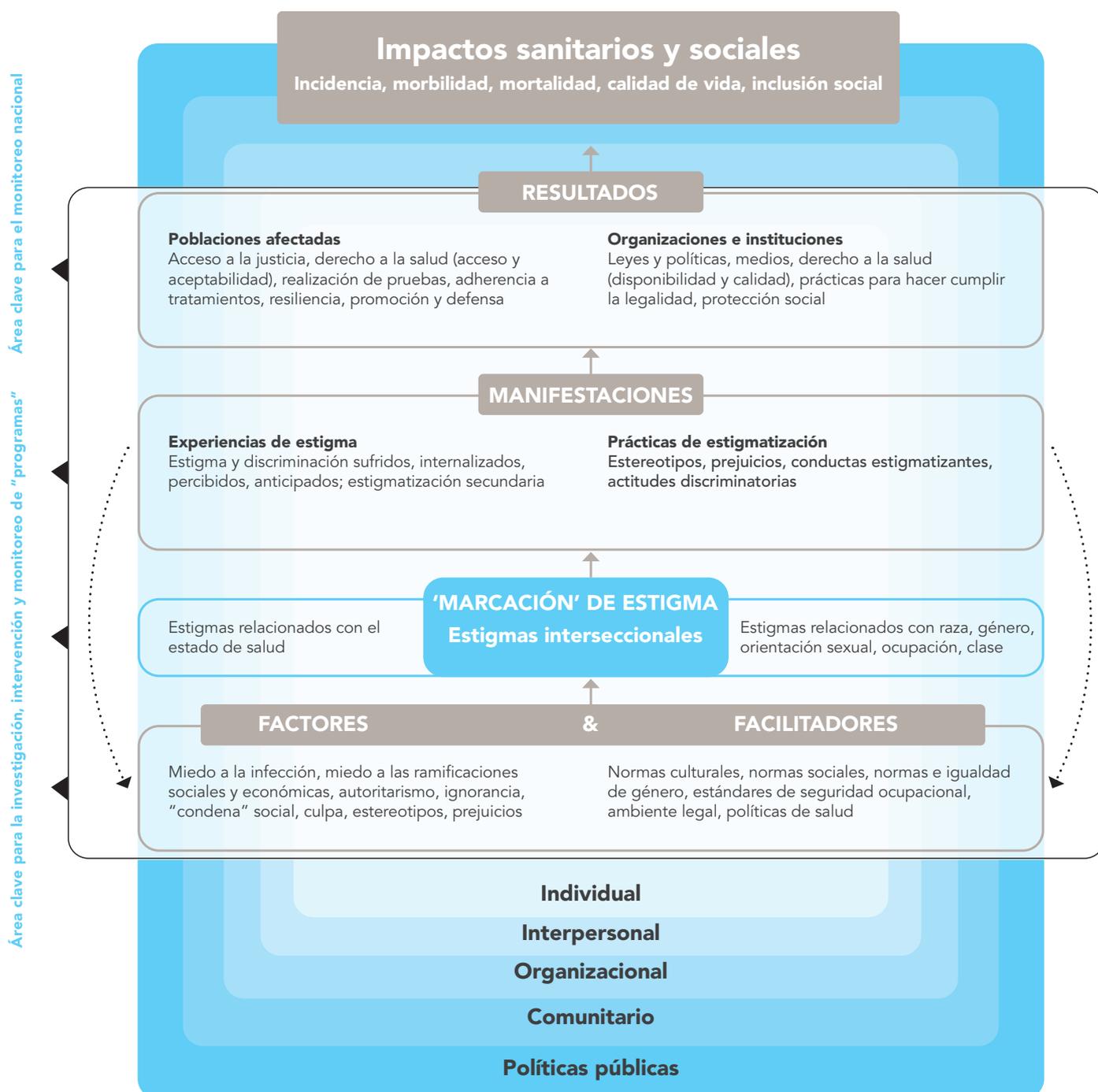
La estigmatización secundaria es la experiencia de estigma por parte de familiares o amigos de personas incluidas en grupos estigmatizados, o de quienes les brindan servicios de salud (14).

Las prácticas de estigmatización incluyen los estereotipos, prejuicios, actitudes y conductas estigmatizantes. Los estereotipos y prejuicios operan como factores y también como manifestaciones ya que fomentan el proceso de estigmatización y se ven reforzados por este.

Estas manifestaciones (experiencias y prácticas de estigma) influyen sobre una variedad de resultados para las poblaciones afectadas en cuanto a su acceso a la justicia, acceso a servicios de atención para la salud y otras formas de apoyo (p.ej. asistencia alimentaria, medidas de protección social) y su aceptabilidad, realización de pruebas, adherencia a tratamientos, resiliencia (o la fortaleza para desafiar los estigmas), promoción y defensa de derechos. Las manifestaciones del estigma también influyen sobre los resultados que pueden obtener organizaciones e instituciones en materia de leyes y políticas, disponibilidad y calidad de servicios de salud, prácticas para hacer cumplir la legalidad y protección social (14).

El estigma y la discriminación asociados al VIH pueden manifestarse a múltiples niveles: entre individuos, familiares y pares (nivel interpersonal) y al interior de las organizaciones (p.ej. instituciones sanitarias, laborales, educativas, establecimientos policiales) (ver Figura 2). Esto significa que las respuestas nacionales al estigma y la discriminación deben tener en cuenta los factores, facilitadores y manifestaciones del estigma en múltiples niveles y con múltiples actores, tales como las personas que viven con VIH, poblaciones clave, familias, comunidades, personal de salud, sector empleador, agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad y quienes diseñan políticas (10, 55, 57, 58).

Figura 2. El Marco conceptual sobre estigmatización y discriminación en la salud



Reproducido de Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. *The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health—related stigmas*. BMC Med. 2019; 17:31.

Cómo utilizar el Marco de referencia sobre estigma y discriminación en salud

El Marco de referencia sobre estigma y discriminación en salud se puede utilizar como insumo para el diseño de intervenciones. Lo ideal es lograr que la marcación de estigmas deje de ocurrir por eso es común que las intervenciones se centren en los factores y facilitadores del estigma. Por ejemplo: se pueden utilizar los medios de comunicación masivos para ayudar a que las poblaciones comprendan mejor los diferentes estados

de salud y dismantelar mitos acerca de cómo se transmiten las enfermedades y quiénes están en riesgo. También se podrían desarrollar nuevas políticas para implementarlas en instituciones sanitarias y asegurarse de que a las personas que viven con VIH no se las identifique de ninguna manera (por ejemplo, a través del uso de carpetas de un color específico). Si bien lo deseable es que nadie sea objeto de estigmatización, también es necesario prepararse para hacer frente a las manifestaciones de estigma cuando estas ocurran. Con este fin se puede brindar apoyo psicosocial a las personas que viven con VIH o ayuda legal para que puedan lidiar con la discriminación. Las intervenciones también podrían centrarse en determinadas poblaciones clave como las mujeres o niñas que son objeto de mayor estigma y discriminación en contextos específicos. Algunos ejemplos de estas intervenciones podrían ser la capacitación destinada a quienes brindan atención en salud, quienes trabajan en el nivel comunitario o agentes de policía para que superen los estereotipos y las actitudes estigmatizantes; o el desarrollo de nuevas leyes o políticas que protejan a las personas contra la discriminación.

El Marco también puede señalar las áreas que requieren una mayor atención por parte de personal de clínica médica y de quienes implementan programas o diseñan políticas de modo que puedan satisfacer necesidades y mejorar resultados en materia de salud para las poblaciones que atienden, así como para las comunidades y sociedades de que forman parte. Los enfoques que aporta la ciencia de la implementación pueden ayudar a adaptar y aplicar el Marco como guía para intervenciones y políticas destinadas a reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH, por ejemplo al momento de definir cuáles serán las audiencias a las que se querrá cambiar, los factores y facilitadores del estigma y la discriminación relacionados con el VIH que se van a abordar, los elementos de intervenciones o políticas que resultan más apropiados en cada caso, y cómo medir los cambios en relación a resultados específicos a lo largo del tiempo.

Diseño de intervenciones

Si bien resulta necesario adaptar las intervenciones a los contextos y poblaciones específicas, existe un acervo importante de datos empíricos acerca de qué es lo que funciona para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH a partir del cual se formularon algunos principios para la reducción del estigma (55, 59-61). Estos principios se enumeran en la Tabla 3 y en esta sección nos referimos brevemente a ellos. En primer lugar, es fundamental que todas las iniciativas estén lideradas por las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — o que las involucren de manera significativa. También es importante abordar las causas estructurales o los factores del estigma así como las principales preocupaciones de las poblaciones afectadas. Siempre que sea posible, las intervenciones deben abordar los estigmas interseccionales, múltiples, a los que se enfrentan las personas que viven con VIH o están en riesgo de infectarse con VIH. Existen varias herramientas que pueden adaptarse para su uso en diversos contextos. Una de ellas es el *Understanding and Challenging HIV Stigma Toolkit* (Manual para entender y enfrentar el estigma relacionado con el VIH) (62); en los Anexos 1 a 5 se pueden encontrar otros ejemplos. Cuando se trabaja con grupos para modificar normas, estereotipos y tabúes subyacentes, es fundamental utilizar métodos participativos que permitan un espacio seguro para compartir y debatir. Para que ejerza un mayor impacto, todo paquete de intervenciones se debe utilizar con múltiples actores en distintos niveles (individual, interpersonal, organizacional) y debe haber sido diseñado en conjunto con la población afectada. Es necesario planificar con la anticipación suficiente como para poder involucrar a los principales actores que pueden operar como filtros para el acceso a determinadas poblaciones (p.ej. personas líderes en el ámbito religioso y comunitario, funcionariado gubernamental). Al planificar intervenciones para reducir el estigma y la discriminación, se debe tener un cuidado especial en cuanto a garantizar que la propia intervención y sus componentes no tengan el efecto inverso, es decir, que sin proponérselo agraven el estigma y la discriminación. Por ejemplo: en algunos contextos promover una asistencia alimentaria específicamente relacionada con el VIH agravó el estigma ya que las personas que recibían raciones de alimentos fueron etiquetadas como “VIH positivas” y estigmatizadas por integrantes de sus comunidades (63).

Tabla 3
Principios para reducir el estigma y la discriminación

Principios para reducir la estigmatización	Descripción
Las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — deben liderar o estar involucradas de manera significativa	<p>Las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación funcionan mejor cuando las intervenciones cuentan con el liderazgo o la participación activa de las comunidades afectadas, incluyendo a las “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Las personas de la comunidad son quienes están en mejor posición para promover programas que reflejen sus experiencias vividas y los desafíos a los que se enfrentan en cuanto al estigma y la discriminación asociados al VIH.</p>
Emplear o promover enfoques que tengan en cuenta los factores, facilitadores y manifestaciones del estigma y la discriminación, así como las principales preocupaciones de las poblaciones afectadas	<p>Para que puedan detener el proceso de estigmatización, las intervenciones deben abordar en forma directa los factores y los facilitadores – y lo ideal es que lo hagan en forma combinada.</p> <p>Para reducir de manera efectiva el estigma y la discriminación asociados al VIH, también se necesitan intervenciones destinadas a mitigar las manifestaciones del estigma y la discriminación así como a atender las necesidades y preocupaciones de las poblaciones afectadas.</p> <p>Los distintos enfoques de intervención se pueden combinar en una sola intervención o se pueden implementar varias pero es necesario asegurarse de abordar todos los aspectos mencionados del proceso de estigmatización.</p> <p>Algunos ejemplos de factores incluyen la falta de conciencia y la ignorancia acerca del VIH, así como del estigma, la discriminación y sus efectos perjudiciales; o los temores e ideas erróneas acerca de cómo se contrae el VIH.</p> <p>Los facilitadores pueden ser leyes que tipifican como delito la transmisión del VIH, conductas específicas o las identidades de poblaciones clave.</p> <p>Entre las manifestaciones se incluyen el estigma y la discriminación padecidos e internalizados.</p>
Abordar el estigma y la discriminación interseccionales	<p>Poblaciones clave como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que usan drogas y trabajadoras/es sexuales a menudo se enfrentan a otras formas de estigma y discriminación además de las asociadas al VIH.</p> <p>La raza, el género, la situación económica y otros aspectos de la salud, como el vivir con tuberculosis o con una discapacidad, pueden agravar y potenciar la estigmatización de que son objeto las personas que viven con VIH.</p> <p>Por ejemplo: es necesario que las intervenciones para reducir el estigma relacionado con el VIH en contextos en los que el uso de drogas es el principal factor de transmisión aborden también el estigma relacionado con el uso de drogas ya que ambos están relacionados entre sí.</p>
Aprovechar las herramientas existentes	<p>Existen varias herramientas y recursos útiles para mitigar o monitorear el estigma y la discriminación relacionados con el VIH que se pueden adaptar a los diferentes contextos y entornos. En este documento hacemos referencia a muchos de ellos.</p>
Utilizar métodos participativos	<p>Los métodos participativos (p.ej. juegos, dramatizaciones, debates) son excelentes para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH porque mejoran el conocimiento y las actitudes de maneras accesibles y que no hacen que las personas se sientan juzgadas.</p>
Aplicar estrategias de intervención múltiple con una diversidad de actores y abarcando distintos niveles socioecológicos (individual, interpersonal, comunitario, organizacional, políticas públicas)	<p>Para abordar de manera significativa y sostenible el estigma y la discriminación asociados al VIH a menudo se necesita una variedad de actividades (p.ej. empoderamiento de las personas que viven con VIH, formación para personal de salud, comunicación masiva, cambios en leyes y políticas).</p> <p>Se estimula a los distintos actores a trabajar en conjunto, adoptando los enfoques que resulten más adecuados para sus organizaciones. Por ejemplo: los gobiernos nacionales pueden liderar la revisión de leyes y políticas mientras la sociedad civil apoya esos esfuerzos con promoción y defensa de derechos basadas en datos empíricos y los aportes de la comunidad.</p> <p>Al mismo tiempo, las organizaciones de base comunitaria pueden liderar la implementación de campañas en medios de comunicación masiva para cambiar normas sociales perjudiciales, capacitar a docentes y personal de salud sobre reducción del estigma y perspectivas de derechos humanos, o brindar servicios de empoderamiento y apoyo social para personas que viven con VIH y poblaciones clave para que puedan superar el estigma anticipado e internalizado.</p>
Para que la intervención sea exitosa, es necesario tomarse el tiempo necesario para planificarla (p.ej. seis meses)	<p>Los enfoques más prometedores requieren de tiempo para involucrar a actores que pueden controlar el acceso a determinadas comunidades y a líderes de opinión, realizar evaluaciones formativas con diferentes audiencias, capacitar equipos y formar nuevas asociaciones.</p> <p>Las actividades realizadas generan más confianza en el proyecto e inspiran la cooperación; permitirse el tiempo necesario para desarrollarlas es fundamental para el éxito de las intervenciones hacia la reducción del estigma y la discriminación.</p>

Sources:
Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009;12:15.
Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: World Bank; 2010.

Existen seis enfoques para la reducción del estigma y la discriminación que se utilizan habitualmente, a menudo combinados entre sí (55), y que incluyen intervenciones informativas, de desarrollo de capacidades, de consejería y apoyo, de contacto, estructurales y biomédicas (ver Tabla 4).

Tabla 4.
Panorama de los enfoques de intervención

Enfoque/tipo de intervención (principal elemento del campo del estigma que se aborda)	Descripción	Ejemplo
Informativa (factores)	Aportar información sobre el VIH y el estigma relacionado con el VIH	Folleto con información acerca de cómo se transmite y no se transmite el VIH o sobre qué es el estigma y por qué es perjudicial, distribuidos por personas líderes en una comunidad (64)
Desarrollo de capacidades (factores y facilitadores)	Actividades para mejorar las capacidades de comunidades afectadas por el VIH y garantías de derechos (p.ej. agentes de policía, personal de salud, docentes)	Sesiones participativas de aprendizaje para personal de salud, agentes de policía y docentes sobre estigma, derechos humanos, conocimientos científicos actualizados sobre VIH y cómo brindar servicios culturalmente competentes para personas que viven con VIH y poblaciones clave (65-69) Empoderar a las comunidades para que diseñen e implementen programas de reducción del estigma (70)
Consejería, apoyo (manifestaciones)	Servicios de apoyo para personas que viven con VIH y poblaciones clave	Grupos de apoyo liderados por pares para que las mujeres que viven con VIH superen el estigma internalizado y anticipado (71) Servicios de consejería individual para jóvenes que viven con VIH (72)
Contacto (factores y manifestaciones)	Interacciones entre personas que viven con VIH y el público en general o garantías de derechos clave (p.ej. personal de salud, agentes de policía)	Redes de trabajadoras/es sexuales que viven con VIH entregan rosas a personal que brinda atención sanitaria y agentes de policía que las/os trataron con amabilidad y les alientan a continuar haciéndolo (70) Jóvenes que viven con VIH facilitan una sesión de formación junto con docentes acerca de cómo abordar la educación sexual teniendo en cuenta a las personas jóvenes que viven con VIH (68)
Estructural (facilitadores)	Actividades que procuran eliminar, reducir o mejorar factores estructurales que influyen sobre el proceso de estigmatización, por ejemplo leyes que criminalizan el VIH, políticas hospitalarias o laborales que institucionalizan la discriminación contra personas que viven con VIH o la falta de insumos que le impide al personal de salud poner en práctica precauciones universales	Litigación estratégica para ampliar la jurisprudencia en cuanto a prácticas discriminatorias en el contexto del VIH (61) Desarrollo de leyes protectoras (p.ej. legalizar programas de intercambio de jeringas) (61)
Biomédica (facilitadores)	Enfoques de universalización de las pruebas y tratamientos, acceso gratuito a profilaxis preexposición y otras intervenciones	Hacer que el acceso a las terapias antirretrovíricas sea gratuito y universal para todas las personas que viven con VIH inclusive en entornos de emergencia y asistencia humanitaria (73-75)

Basado en Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV—related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;6(3 Suppl.2): 18-734.

Formas de hacer frente al estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos

El estigma y la discriminación asociados al VIH se pueden manifestar de formas diferentes según el entorno y pueden requerir de enfoques y consideraciones diferentes para las intervenciones (76,77). Este documento de orientación incluye consideraciones, intervenciones, estudios de caso y recomendaciones para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH que son específicos para cada entorno.

Bases para las recomendaciones referidas a cada entorno

Las intervenciones que se recomiendan para cada entorno están tomadas de los datos empíricos más recientes acerca de intervenciones y programas exitosos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH tal como se los describe en revisiones sistemáticas recientes, entre ellas las dedicadas a los siguientes aspectos: intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH (55); intervención que aborda la autoestigmatización o estigma internalizado (78); intervenciones simultáneas en múltiples niveles para reducir el estigma (60); y una revisión de programas de derechos humanos seleccionados para mejorar resultados en materia de VIH (61). También se tomaron en cuenta datos empíricos sobre el impacto que tuvieron las reformas en leyes y políticas sobre la epidemia de VIH. Mediante una búsqueda focalizada en la literatura referida a cada entorno en particular, se reunieron datos empíricos adicionales provenientes de literatura sujeta a revisión por pares y gris. Las intervenciones exitosas referenciadas en este documento se enumeran en los Anexos 1 a 5. Cabe señalar que los ejemplos de intervenciones que se presentan en este informe no constituyen una representación exhaustiva de las posibilidades de intervención sino más bien opciones que reflejan el estado actual del conocimiento y las buenas prácticas. Además, la literatura que estudiamos estaba centrada sobre todo en intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Si bien en cada entorno se tuvieron en cuenta el estigma y la discriminación interseccionales, las recomendaciones se basan principalmente en datos empíricos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Para todos los entornos, inclusive para aquellos en los que carecíamos de datos empíricos o los que teníamos eran más débiles (laborales, sistemas de justicia, emergencia) recurrimos a personas expertas con capacidad técnica que aportaron conocimientos sobre buenas prácticas en esos entornos.

Entornos comunitarios

A los fines de este documento, los entornos comunitarios son aquellos formados por personas y hogares que comparten una misma área geográfica. En esas comunidades también se ubican instituciones como lugares de trabajo, establecimientos educativos y sanitarios. Los ambientes que compartimos son fuentes y facilitadores habituales de normas y prácticas sociales, incluyendo el estigma y la discriminación asociados al VIH. En entornos comunitarios, el estigma y la discriminación asociados al VIH se pueden manifestar a través de gestos sutiles (p.ej. negarse a compartir la comida o los utensilios con personas que viven con VIH) o de acciones más evidentes (p.ej. rechazar o evitar a una persona que vive con VIH, someterla a abusos verbales o murmurar acerca de ella). La condena social aplicada a hogares e integrantes de la comunidad puede resultar en estigma internalizado por parte de las personas que viven con VIH o en estigma anticipado por parte de las personas que piensan que podrían estar viviendo con VIH. Experiencias de esta clase pueden llevar a que las personas se aislen y desistan de revelar su estado serológico, realizarse pruebas de VIH y/o procurar atención y tratamiento — lo que a su vez puede redundar en daños para su salud y bienestar mentales y físicos (79-82).

Las familias y los hogares pueden sufrir estigma y discriminación relacionados con el VIH por asociación. Esto adquiere una relevancia particular en contextos en los que se responsabiliza a las familias de personas que viven con VIH por la conducta de sus integrantes y se aplica el estigma y la discriminación a todo el grupo familiar. De por sí, algunas familias no apoyan que sus integrantes revelen su estado serológico positivo respecto al VIH y procuren servicios de atención a la salud (79, 83, 84). El estigma y la discriminación en entornos comunitarios pueden estar asociados al VIH pero también a las identidades de poblaciones clave y en vulnerabilidad, entre ellas el género. Este estigma y discriminación interseccionales pueden constituir desafíos y barreras adicionales para que las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — puedan mantener su salud y su bienestar (84). Por ejemplo: dentro de algunas comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los que viven con VIH pueden ser excluidos y aislados por los que no tienen un estatus serológico positivo respecto del VIH (84).

Pero también un entorno comunitario que no estigmatice ni discrimine puede habilitar oportunidades para que los servicios y sistemas de apoyo relacionados con el VIH estén más al alcance de las personas que viven con VIH o están en riesgo de infectarse con VIH y resulten más accesibles para ellas. Por ejemplo, las personas convivientes pueden brindar cuidados o apoyar en los tratamientos, asumiendo un rol activo para garantizar su éxito. Este apoyo puede ayudar a mitigar el estigma internalizado o anticipado en la persona que vive con VIH (79-82, 85).

Las intervenciones en el plano comunitario se deben implementar no solo en forma general sino también directamente con comunidades específicas que pueden influir para reforzar o modificar normas y prácticas (p.ej. comunidades de fe, espirituales, grupos de mujeres, grupos juveniles) y con personas líderes e influyentes. Por ejemplo: las organizaciones de fe y espirituales pueden influir sobre las normas sociales, incluyendo sobre cómo las comunidades tratan a las personas que viven o se piensa que viven con VIH (85).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

En el Anexo 1 se presentan 28 estudios que evaluaron intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos comunitarios. En el Recuadro 2 se presenta un estudio de caso tomado de uno de estos estudios. La mayoría de las intervenciones

relevadas se centraron en personas que viven con VIH o en la población en general; otras intervenciones estuvieron destinadas a personas líderes en sus comunidades, integrantes de poblaciones claves y quienes cuidan a personas que viven con VIH.

La mayoría de las intervenciones fueron informativas o para el desarrollo de capacidades; otras implicaron contacto con personas que viven con VIH, consejería y apoyo, consideraciones biomédicas y componentes estructurales. Los resultados revelaron que todas las intervenciones habían reducido el estigma relacionado con el VIH. En algunos casos, esto se manifestaba a través de una reducción del estigma internalizado y en otros casos de mejoras en las actitudes, conductas o conocimientos.

Recuadro 2

Intervenciones a nivel comunitario para reducir el estigma asociado al VIH en Sudáfrica

Un estudio evaluó una intervención a nivel comunitario para reducir el estigma sufrido por personas que viven con VIH y la estigmatización por parte de personas cercanas a ellas en la Provincia del Noroeste, Sudáfrica (86). Esta intervención duró cinco meses e implicó tres componentes distintos:

- Un taller de dos días de duración para personas que viven con VIH que incluyó presentaciones y actividades destinadas a conocer el estigma relacionado con el VIH, evaluar sus fortalezas personales y gestionar la revelación.
- Una serie de talleres de tres días de duración para cada uno de los grupos siguientes: parejas, hijas/os en edad adulta, familiares, amistades, personas líderes en el ámbito espiritual e integrantes de la comunidad. Estos talleres los facilitaron una persona que vivía con VIH y una persona que no vivía con VIH. Estuvieron centrados en conocer mejor el estigma relacionado con el VIH y los vínculos entre personas que viven con VIH y quienes viven en proximidad con ellas.
- Empoderamiento de las/os participantes para que puedan diseñar e implementar un programa de reducción del estigma relacionado con el VIH en su propia comunidad, con apoyo de quienes facilitaron los talleres.

En el transcurso del año personas que viven con VIH y personas que viven en proximidad con ellas, tanto en ambientes rurales como urbanos completaron una encuesta previa y cuatro posteriores a la realización de las pruebas de VIH. En ambos contextos se observaron reducciones significativas tanto en el estigma sufrido como en la estigmatización. El equipo de evaluación llegó a la conclusión de que esta intervención constituyó una herramienta útil para reducir el estigma asociado al VIH en comunidades y alentó la aplicación futura de este enfoque, manteniendo sus rasgos básicos e incorporando algunas recomendaciones que se le formularon.

Cuadro 5.

Recomendaciones para entornos comunitarios

Nivel (población de interés)	Recomendaciones
Individuos (personas que viven con VIH, integrantes de poblaciones clave)	<p>Incrementar la cantidad y accesibilidad de los grupos de apoyo y de pares como componente fundamental de la prestación de servicios para abordar el estigma internalizado y sufrido.</p> <p>Brindar servicios de salud mental para reducir el estigma internalizado e incrementar la autoestima, autoeficacia, habilidades para sobrellevar situaciones y calidad de vida.</p> <p>Formar a las poblaciones que se dejan atrás — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — para que conozcan lo que constituye discriminación y puedan reclamar sus derechos (p.ej. a la vivienda y el empleo) así como acceder a la justicia cuando lo necesiten.</p>
Interpersonal (familiares, pares, parejas)	<p>Crear conciencia y difundir entre las familias de personas adultas y jóvenes que viven con VIH conocimientos acerca de cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH para reducir los comportamientos estigmatizantes de evitación; y también sobre formas de apoyar a sus familiares que viven con VIH sin estigmatización (p.ej. estrategias de apoyo a la adherencia, apoyar la revelación ante familiares y pares confiables)</p>
Organizacional (organizaciones de promoción y defensa de derechos, redes de personas que viven con VIH, establecimientos sanitarios, organizaciones de base comunitaria, organizaciones no gubernamentales)	<p>Implementar programas para fortalecer habilidades y crear espacios para que las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — puedan involucrarse significativamente en el desarrollo de programas, influir sobre ellos, promoverlos, defenderlos y formar parte de la toma de decisiones al respecto.</p> <p>Movilizar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — para que desarrollen, implementen y evalúen estrategias para promover la salud, el bienestar y los derechos humanos entre poblaciones clave y en vulnerabilidad.</p> <p>Garantizar que existan servicios de apoyo de buena calidad para personas que padecen manifestaciones del estigma (p.ej. violencia de género, discriminación, estigma sufrido); y tornarlos aceptables y accesibles desarrollando infraestructura suficiente, formando personal y enfrentando las barreras para el uso de los servicios (p.ej. su ubicación, preocupaciones acerca de la confidencialidad, actitud receptiva del personal).</p>
Comunitario (público en general, líderes de opinión, familias de personas que viven con VIH)	<p>Implementar programas que cuestionan los factores del estigma y la discriminación entre la opinión pública y fomentar una actitud de apoyo por parte de las comunidades.</p> <p>Utilizar estrategias de comunicación masiva, campañas en redes sociales, campañas publicitarias, y entretenimiento que educa.</p> <p>Trabajar con personas líderes en las comunidades y la opinión pública (p.ej. personas de fe, grupos de mujeres, líderes locales, personas famosas).</p> <p>Utilizar estrategias de contacto que permitan la interacción entre poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — y personas de la comunidad en general.</p> <p>Implementar programas de reducción de estigma que utilicen medios culturales y religiosos difundidos a través de grandes eventos públicos, en combinación con la promoción y defensa de derechos y la participación liderada por poblaciones clave.</p> <p>Implementar programas para reducir las normas de género perjudiciales que colocan a mujeres, niñas, hombres y niños en riesgo de infección por VIH, incluyendo el desarrollo de capacidades para los grupos de sociedad civil que trabajan por los derechos de las mujeres y la igualdad de género.</p>
Políticas públicas (garantes de derechos a nivel local y nacional)	<p>En forma regular, revisar y reformar políticas y prácticas en la comunidad para garantizar que protejan contra la discriminación a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>En forma regular, medir el estigma relacionado con el VIH en la comunidad utilizando evaluaciones cualitativas (p.ej. conversaciones en grupos focales con representantes de las personas que viven con VIH y la comunidad en general) y recolección de datos cuantitativos (p.ej. Encuesta Demográfica y de Salud, Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH) como guía para el desarrollo y la implementación de programas que reduzcan el estigma y la discriminación.</p> <p>Crear un sistema de monitoreo a nivel nacional para capturar el estigma, la discriminación y las violaciones a sus derechos experimentadas por personas que viven con VIH y poblaciones clave, y que permita apoyarlas y resarcirlas debidamente.</p>

Entornos laborales

La mayoría de las personas que viven con VIH en el mundo están en edad de trabajar (15 años y más) y, si reciben los cuidados y el apoyo adecuados, pueden hacer aportes valiosos a la fuerza laboral durante toda su vida de trabajo (87,88). Los entornos laborales son todos aquellos en los que alguien que trabaja desarrolla sus tareas, tanto en las economías formales (empleo tradicional asalariado) como informales (p.ej. venta callejera, trabajo sexual, limpieza de hogares). La economía formal incluye tanto el empleo en el sector privado como en el público. La probabilidad de desempleo es tres veces más alta para una persona que vive con VIH que para la población en general (89). Algunas poblaciones clave como las mujeres y otras poblaciones en vulnerabilidad (p.ej. personas transgénero, mujeres pobres, migrantes) están excluidas de la economía formal y a menudo deben recurrir al trabajo sexual para sobrevivir. Esto se debe en parte a formas interseccionales de estigma y discriminación asociadas al VIH y a la raza, el género y la pobreza que persisten en muchos entornos laborales formales de todo el mundo. En entornos laborales, el estigma y la discriminación pueden presentarse como negativa a contratar a una persona que vive con VIH, hostigamiento, acoso, pruebas o revelaciones forzadas, privación de oportunidades o promociones laborales, presión para renunciar o despido injustificado (90-92). Un informe de 2018 basado en el Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH en 10 países³ señaló que, en promedio, el 40% de las personas viviendo con VIH recientemente desempleadas que respondió la encuesta había perdido su empleo o una oportunidad de ingresos como resultado directo de su estado serológico con respecto al VIH (93).

Los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en el lugar de trabajo tienen una gran importancia. Trabajar libre de todo estigma relacionado con el VIH es un derecho. Las consecuencias de poder acceder a un lugar de trabajo y vivir la experiencia de ser trabajador/a son inconmensurables para la subsistencia y el bienestar de una persona que vive con VIH o de quien se piensa que lo hace, su familia y su comunidad. Además, en muchos contextos el lugar de trabajo puede ser el espacio en el que se implementan programas de salud pública en apoyo a la prevención, pruebas y tratamiento del VIH. La presencia de estigma y discriminación en el lugar de trabajo puede socavar el efecto de estos programas, lo que tendrá consecuencias para las iniciativas de salud pública centradas en el VIH.

El estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos laborales formales pueden tener un efecto negativo sobre la salud del personal que vive con VIH al desalentar la realización de pruebas, el vínculo con la atención, la adherencia a tratamientos y las visitas de rutina a establecimientos sanitarios (12, 31, 57, 87, 88, 90-92, 94). Existen numerosos ejemplos de esta clase de impactos sobre el personal de entornos educativos y sanitarios, en los que el estigma y la discriminación asociados al VIH pueden estar particularmente presentes. En las encuestas sobre actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH realizadas entre la población en general se suele preguntar si a las/os docentes que viven con VIH se les debería permitir dar clase o no (95,96).

En algunos lugares de trabajo la prueba para detectar el VIH es obligatoria. Nunca resulta apropiado que la prueba sea obligatoria, impuesta o forzosa, sin importar de dónde provenga la coerción (p.ej. proveedores de servicios de salud, parejas, familiares, sector empleador, agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad). Las ramificaciones de esta obligatoriedad en el lugar de trabajo incluyen la posible privación de empleo y la pérdida de medios de subsistencia (97). Para algunos grupos de personas que trabajan, las consecuencias pueden ser aún más serias: por ejemplo, si son migrantes pueden perder sus

3 Belice, Costa Rica, Fiyi, Grecia, Honduras, Malauí, Nicaragua, República de Corea, Timor Oriental y Ucrania

medios de vida y enfrentarse a la deportación cuando su estado serológico resulta positivo con respecto al VIH (98).

La obligatoriedad de realizarse pruebas de VIH puede limitar las opciones de empleo de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. Esto puede llevarlas a la opción o la necesidad de trabajar en el sector informal, que típicamente se asocia con menores ingresos, menos seguridad laboral, menos protección social y una mayor vulnerabilidad. Pero el sector informal también puede presentar desafíos: si el estado serológico positivo respecto al VIH de una persona se hace conocido en su comunidad, su subsistencia se puede ver afectada debido al estigma y la discriminación asociados al eVIH (p.ej. si vende alimentos en la vía pública o realiza trabajo sexual, la persona puede perder clientes) (34).

Las personas que trabajan y no viven con VIH también pueden padecer estigma y discriminación relacionados con el VIH por asociación. Por ejemplo: trabajar en el sector salud y cuidar de personas que viven con VIH puede acarrear consecuencias sociales y profesionales para quienes lo hacen (94, 99).

Ciertas áreas de empleo presentan un riesgo más elevado de exposición ocupacional al VIH y a condiciones de salud estigmatizadas y relacionadas como la tuberculosis. Por ejemplo: quienes trabajan en el sector salud y quienes realizan trabajo sexual es más probable que entren en contacto directo con la sangre y otros fluidos corporales que portan el VIH mientras están trabajando (94, 100). Las personas transgénero que debido al estigma interseccional muchas veces ven sus opciones de empleo limitadas al trabajo sexual, enfrentan un riesgo más alto de sufrir violencia y exposición al VIH (101). Las condiciones que rodean a ciertas formas de trabajo y a ciertos entornos laborales pueden contribuir de manera indirecta a que se produzcan infecciones por VIH, como quedó demostrado para la industria minera en el África al sur del Sahara y en otras industrias que emplean mano de obra migrante y estacional (102-104). Las condiciones laborales de explotación e inhumanas pueden incrementar el riesgo de contraer VIH cuando se alienta a las personas a incurrir en conductas sexuales de alto riesgo o a utilizar drogas, o porque generan una mayor vulnerabilidad a la violencia sexual (98, 102-104). En esos entornos laborales, resulta particularmente importante garantizar el acceso a la prevención, atención y tratamientos de VIH en un marco de confidencialidad y libres de estigma. Los programas de salud ocupacional no siempre son exhaustivos ni adoptan un enfoque de derechos humanos; también las directrices empresariales a veces no están en sintonía con los estándares mínimos nacionales o internacionales.

Las personas que trabajan y quienes las emplean tienen roles significativos para desempeñar cuando se trata de abordar el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos laborales para poblaciones clave y en vulnerabilidad, así como de fomentar un ambiente de trabajo seguro y que brinde apoyo a todas las personas. El sector empleador puede determinar las políticas y prácticas organizacionales mientras que el comportamiento de quienes comparten un lugar de trabajo puede influir sobre sus normas sociales (92, 105-107).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

En el Anexo 2 se describen dos intervenciones relevantes para entornos laborales que procuraron reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Más allá de las intervenciones centradas en garantías de derechos en entornos educativos, sanitarios y de sistemas de justicia, existen unas pocas intervenciones que han sido evaluadas

formalmente y que son específicas para contextos laborales o que apoyan de manera directa el acceso al empleo para poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. Esto subraya la necesidad de que los países den prioridad a investigaciones para desarrollar y poner a prueba intervenciones destinadas a reducir el estigma y la discriminación hacia poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en diversos tipos de lugares de trabajo formal e informal para ampliar la base de datos empíricos acerca de qué es lo que funciona en estos entornos.

Las intervenciones identificadas fueron informativas y para el desarrollo de capacidades, centradas en el personal de los entornos laborales. Una de ellas procuraba mejorar las actitudes y el conocimiento acerca del VIH, el estigma y la discriminación asociados a él. Las evaluaciones realizadas indican que parece haber sido una intervención exitosa en cuanto a alcanzar estos resultados. Esta intervención se describe en el Recuadro 3 (108). La otra intervención, una formación de un día de duración sobre diversidad de género y sexual para 2825 personas que trabajaban en el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida en 38 países (109) abordó algunos de los estigmas interseccionales en el contexto del VIH. Esta formación incluyó cuatro módulos que trataban sobre: (a) consideraciones de salud y políticas para minorías de género y sexuales; (b) conceptos sobre género y sexualidad; (c) experiencias y reflexiones de integrantes de la comunidad lésbica, homosexual, bisexual y transgénero así como de activistas; y (d) discusión sobre qué constituye participación significativa. Se utilizaron diversos enfoques y actividades pedagógicas para alcanzar la meta de mejorar las actitudes hacia las minorías de género y sexuales en el lugar de trabajo así como atender a sus necesidades. Esta intervención mejoró la “autoeficacia para reducir el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo (para minorías de género y sexuales)” en un 30%.

Si bien existen pocas evaluaciones publicadas sobre intervenciones en entornos laborales fuera del sector educativo, de atención a la salud y de aplicación de la ley, este tema ha concitado mucha atención particularmente en el contexto sudafricano. Dos estudios de caso centrados en programas de VIH en el lugar de trabajo en Sudáfrica subrayaron la importancia de involucrar a actores interesados y sindicatos como un paso decisivo para generar confianza. También llegaron a la conclusión de que las políticas de confidencialidad en el lugar de trabajo tendrían un mayor efecto en cuanto a eliminar preocupaciones acerca del estigma y la discriminación asociados al VIH si fueran comunicadas al personal de una manera más clara. Estos estudios recomendaron que los lugares de trabajo proporcionen a su personal acceso a servicios médicos por fuera de la empresa como forma de promover el acceso a servicios de salud con mayor garantía de confidencialidad.

Otra evaluación realizada en Durban, Sudáfrica, se concentró en ocho empresas constructoras que contaban con políticas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Esas políticas incluían disposiciones por las que se prohibía la realización obligatoria de pruebas tanto antes como durante el período de empleo o se especificaba en qué consistía el proceso de corrección para quienes discriminaran a sus colegas por su estado serológico real o percibido con respecto al VIH. Incluir esta clase de políticas se evaluó como algo beneficioso en general, y el personal ya no temía perder el trabajo por su estado serológico con respecto al VIH. Pero quienes vivían con VIH continuaban sintiendo miedo de padecer estigma y discriminación por parte de sus colegas. Esto destaca la importancia de contar con políticas laborales sobre estigma y discriminación asociados al VIH en todos los niveles del lugar de trabajo, es decir, incluyendo no solo al personal en general (que puede requerir formación y capacitación específica en relación al VIH) sino también al personal que vive con VIH que tal vez necesite apoyo para superar y abordar el estigma internalizado y anticipado (105).

Recuadro 3

Intervención en el lugar de trabajo en varios países del África al sur del Sahara y su evaluación

En 2010 se publicó una evaluación de la intervención *StopAIDS*, implementada por ExxonMobil en sus lugares de trabajo de Angola, Camerún, Chad, Côte D'Ivoire, Guinea Ecuatorial, Kenia y Nigeria (108). La iniciativa comenzó en 2005 en todos los espacios de trabajo de ExxonMobil en el África al sur del Sahara y comprendió los siguientes aspectos:

- Formación entre pares – componente desarrollado por *Population Services International*: además de mejorar el conocimiento acerca del VIH y la autoeficacia en cuanto a prevenir la infección por VIH y su transmisión, los objetivos de este componente incluyeron reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en este entorno y más allá de él, además de brindar un apoyo positivo a las personas que viven con VIH. Como parte de esta intervención, se formaron grupos de pares con unas 15 personas cada uno. De cada grupo se eligieron 3 personas para facilitar con sus pares sesiones de media hora de duración en un período de 12 a 18 meses. A quienes tenían a su cargo la formación se les impartió una capacitación de tres días antes de que comenzara la intervención y otra de dos días de duración como repaso seis meses después. Cuando la intervención estaba llegando a su fin, se seleccionó a algunas de estas personas para que capacitaran a otras y así continuar sosteniendo el programa.
- Plan de beneficios médicos: ExxonMobil se ocupó de garantizar que en cada país se eliminara cualquier exclusión relacionada con tratamientos de VIH y enfermedades derivadas del Sida de la cobertura y el tratamiento que ofrecían los planes de salud. Como parte de esta intervención, se identificaron centros locales apropiados para la realización de pruebas y la provisión de tratamientos de VIH cuya existencia se dio a conocer al personal de ExxonMobil.

La evaluación estuvo centrada en los 7 principales lugares de trabajo (sobre los 21 incluidos en la intervención). Se llevó adelante una evaluación cuasi experimental sin grupo de control, recogiendo información a través de encuestas aduoadministradas a 993 integrantes del personal que habían participado de la intervención. La recepción fue favorable y los únicos comentarios constructivos recibidos proponían incrementar la frecuencia y ampliar las audiencias (p.ej. incluir a familiares del personal) en las sesiones de formación. La evaluación registró algunas mejoras significativas en varios indicadores de conocimiento (métodos de prevención del VIH, síntomas de infecciones de transmisión sexual relevantes para cada género, modos de transmisión materno-infantil del VIH) pero no en otros (modos de transmisión del VIH, mitos acerca de la transmisión del VIH). Se observaron mejoras significativas en cuanto a las actitudes; en particular, las personas encuestadas exhibían “el doble de probabilidades de no expresar ninguna actitud discriminatoria hacia personas que viven con VIH/Sida” (108). Al concluir la intervención, era más probable que las personas encuestadas se hubieran realizado una prueba de VIH. También era mucho más probable que hubieran incurrido en conductas sexuales de riesgo (p.ej. múltiples parejas, sexo a cambio de dinero, uso inconsistente de preservativos) pero este “incremento” probablemente se debía a que tenían una mayor apertura para hablar de esta clase de comportamientos y reportarlos.

Tabla 6

Recomendaciones para entornos laborales

Nivel (población foco)	Recomendaciones
<p>Individual (personal)</p>	<p>Formar al personal sobre las oportunidades de solicitar resarcimiento</p> <p>Hacer que las personas que trabajan conozcan qué oportunidades tienen de reclamar sus derechos</p> <p>Brindar información acerca de las conexiones con entidades externas aliadas, como líneas telefónicas de asistencia de alcance nacional y proveedores de servicios jurídicos (p.ej. organizaciones no gubernamentales) en el sector informal, según corresponda</p> <p>Ofrecer capacitación sobre derechos humanos y competencias de igualdad de género para todas las personas que trabajan, incluyendo información sobre políticas laborales existentes acerca de VIH y no discriminación.</p>
<p>Organizacional (sector empleador)</p>	<p>Basar las políticas sobre VIH en el lugar de trabajo en los principios de no discriminación, igualdad de género, entorno laboral saludable, diálogo social, prohibición de pruebas de detección a los fines de la contratación, confidencialidad, continuación de la relación laboral, prevención, atención y apoyo. Dichas políticas se deben integrar con otras políticas ya existentes, como las políticas de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>Siempre que sea posible, garantizar que las cadenas de suministros – fabricación, distribución, venta minorista y otras — cuenten con esas mismas políticas y prácticas.</p> <p>Algunas de las posibles políticas y prácticas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar acceso a servicios de VIH para el personal o desarrollar alianzas con proveedores de servicios de VIH para ayudar a reducir el estigma que rodea a las pruebas y tratamientos del VIH • Promover pruebas de detección del VIH e iniciativas “Conoce tu estado serológico” entre el personal, ya sea solo para VIH o como parte de pruebas de detección de múltiples enfermedades. • Brindar acceso a servicios de tratamiento del VIH o vincular al personal con ellos para reducir el estigma que rodea a las pruebas y tratamientos de VIH • Instituir políticas flexibles de licencias para permitir consultas médicas u ofrecer planes de seguro que contemplen las necesidades de personas que viven con VIH y de quienes forman parte de poblaciones clave • Garantizar que no se les nieguen adaptaciones razonables a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes; que no sufran violencia y acoso en el lugar de trabajo, y que se tomen medidas para proteger la confidencialidad de sus datos, incluidos los datos personales y médicos. • Garantizar que no haya discriminación sobre la base del estado serológico real o percibido en la contratación, continuidad laboral, búsqueda de igualdad de oportunidades o finalización del contrato. • Difundir información sobre las políticas y disposiciones existentes en relación al VIH en el lugar de trabajo entre todo el personal a fin de que conozcan sus derechos y cómo hacer frente a cualquier violación de las políticas. Esto comprende la capacitación de personas formadoras de sus pares en todos los niveles del lugar de trabajo para difundir información. • En forma regular, revisar y reformar políticas y prácticas en los lugares de trabajo para garantizar que protejan contra la discriminación a las poblaciones que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. • Incorporar la formación en género y diversidad sexual para garantes de derechos (p.ej. personal médico, de enfermería, abogados/as, titulares de juzgados, agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad) para reducir la discriminación contra las mujeres en el contexto del VIH. • En forma regular, medir el conocimiento, actitudes y conductas de docentes y personal de la institución educativa para que esto determine el alcance de las formaciones sobre VIH y derechos humanos que se implementarán durante el servicio.
<p>Comunitario (personas que trabajan, familias, integrantes de la comunidad)</p>	<p>Proporcionar educación, capacitación y divulgación entre personas que trabajan, sus familias y quienes conforman las comunidades circundantes con información correcta, pertinente, actualizada y basada en datos empíricos sobre el VIH, las comorbilidades y alfabetización jurídica.</p>
<p>Políticas públicas (gobierno nacional, Parlamento)</p>	<p>Crear un sistema de monitoreo a nivel nacional para capturar el estigma, la discriminación y las violaciones a sus derechos sufridas por personas que viven con VIH y poblaciones clave en entornos laborales, y que permita apoyarlas y resarcirlas debidamente.</p> <p>Generar apoyo para las políticas protectoras y no discriminatorias en el lugar de trabajo involucrando a representantes en el Parlamento y otras personas que toman decisiones para que puedan comprender y desarrollar mejor políticas no discriminatorias.</p>

Entornos educativos

Algunos de los factores que influyen sobre el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos educativos abarcan desde las políticas escolares hasta las actitudes de docentes o el carácter exhaustivo del plan de estudios sobre sexualidad. Estudiantes y docentes que viven con VIH pueden anticipar o sufrir el estigma y la discriminación asociados al VIH en las instituciones educativas, inclusive a través de acoso y violencia; descuido, evitación y aislamiento; incumplimiento de normas de confidencialidad; rechazo de su inscripción si son estudiantes o despidos si son docentes (95, 96, 110-113). Estas manifestaciones de estigma y discriminación pueden tener consecuencias graves para la salud y el bienestar de estudiantes y docentes que viven con VIH.

La tensión que implica vivir temiendo una revelación accidental, contar con un apoyo social y estructural insuficiente o tener que lidiar con el estigma y la discriminación asociados al VIH puede afectar la salud mental de estudiantes y docentes que viven con VIH (112, 114, 115). La adolescencia es un momento vital particularmente complicado para experimentar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. En ese período de transición no siempre se cuenta con el conocimiento y las habilidades sociales necesarias para responder al estigma y la discriminación asociados al VIH (110). Jóvenes y adolescentes que viven con VIH a veces también tienen que vérselas con vulnerabilidades interseccionales y agravadas asociadas a su estado serológico con respecto al VIH tales como su situación socioeconómica, su género y su sexualidad, además de la violencia en el hogar, la comunidad o la escuela (53, 114, 116). Personas jóvenes afectadas por el VIH por asociación o pérdida pueden enfrentarse a desafíos relacionados con los ya descritos y tienen necesidades de apoyo muy específicas para superar su situación. Resulta particularmente importante abordar estos factores colectivos que dañan la salud mental ya que pueden llevar a la depresión y la ideación suicida (116).

La salud física de estudiantes y docentes que viven con VIH también se puede ver afectada si sus entornos educativos o laborales no fomentan que prioricen el cuidado de su salud. Estudiantes y docentes que viven con VIH tienen dificultades con la adherencia a tratamientos, lo que puede inhibir la supresión vírica, generando síntomas físicos y resistencia a la medicación. Estudiantes que viven con VIH pueden evitar tomar sus medicamentos en la institución educativa o delante de sus pares de la clase (117-119). La adherencia a tratamientos puede resultar particularmente problemática para estudiantes en internados o que se alojan en residencias estudiantiles ya que carecen de espacios privados donde guardar y tomar sus medicamentos. Estudiantes y docentes que viven con VIH a veces no asisten a sus consultas de salud o dejan de ir a retirar sus medicamentos para evitar sospechas o castigos por faltar a clase o a su trabajo y para no ser vistas/os en entornos asociados con el VIH (95, 96, 118-120). En el caso de docentes, el impacto del estigma sobre su bienestar físico y mental combinado con la exclusión social y la falta de apoyo pueden resultar en un impedimento para que desempeñen sus tareas en niveles óptimos (115).

El desempeño académico de estudiantes que viven con VIH puede verse afectado por el estigma y la discriminación asociados al VIH y por sus dificultades en cuanto a salud mental y física (112). En algunos casos, pueden necesitar cambiarse de establecimiento o abandonar la escuela a causa del estigma y la discriminación asociados al VIH o de la violencia íntima o de género que le sigue a la revelación intencional o accidental (117-119). Estas experiencias pueden poner en riesgo su trayectoria educativa lo que a su vez puede comprometer sus medios de vida y bienestar a futuro (112, 117-119).

Gracias a las mejoras en las pruebas, los tratamientos y la cobertura, cada vez más niñas/os que nacen con VIH sobreviven y llegan a la adolescencia. Esto significa que es más importante que nunca que las escuelas funcionen como ambientes de apoyo para

estudiantes que viven con VIH (121). Al igual que cualquier estudiante con una condición de salud crónica, quienes viven con VIH requieren de un ambiente educativo habilitante y de apoyo para poder desarrollar todo su potencial. Según las Orientaciones Internacionales Técnicas sobre Educación en Sexualidad, las escuelas son importantes como ambientes que pueden apoyar a la juventud para que tenga una vida feliz y saludable, alentando el uso de los servicios de salud y reduciendo el estigma y la discriminación sociales (122). Lamentablemente muchas escuelas no cuentan con las políticas, estructuras o personal capacitado que se necesita para brindar apoyo a estudiantes que viven con VIH en su formación y en la gestión de su salud. Los esfuerzos programáticos y de políticas en el sector educativo se deben centrar en la creación de un ambiente de apoyo para toda la población estudiantil, incluyendo a quienes viven con VIH, las niñas y quienes forman parte de poblaciones clave y en vulnerabilidad, sin importar si han hecho público su estado de salud o sus identidades o no. Cuando se implementan estos esfuerzos en entornos educativos es importante prestar atención a la accesibilidad de los servicios, sobre todo en cuanto a la edad de consentimiento. Por ejemplo: el gobierno de Sudáfrica tiene una política de salud escolar integral que permite abrir los servicios de VIH, inclusive el acceso a las pruebas de VIH y a los preservativos, para estudiantes a partir de los 12 años sin necesidad de consentimiento parental (123).

La adolescencia es un período en el que las personas comienzan a explorar su sexualidad (124). Quienes son adolescentes y viven con VIH necesitan apoyo para negociar actos sexuales seguros y de consenso, pero las capas de estigma que impiden hablar de sexualidad con adolescentes que viven con VIH pueden obstaculizar la difusión apropiada de esta clase de informaciones (118, 119, 124-127). Agencias internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura o el Fondo de Población de Naciones Unidas han dado pasos significativos en este terreno mejorando el acceso a la educación sexual integral dentro y fuera de las escuelas. Sin embargo, en muchos contextos, se requiere un apoyo adicional para implementar plena y efectivamente estos planes de estudios. También es necesario incluir y dar prioridad a disposiciones que contemplen a estudiantes que viven con VIH sobre todo en contextos de prevalencia elevada (122, 128).

Las/os docentes pueden servir como modelos de rol para sus estudiantes y para la comunidad en general. La forma en que abordan temáticas referidas a poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — ejerce una gran influencia (68, 129). Pueden hablar del VIH y de la sexualidad con una fuerte carga moralista que implique una condena hacia las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — y hacia las conductas que colocan a las personas en riesgo de infectarse por VIH (68, 118, 119). Esto no lo hacen necesariamente por malicia; por el contrario, es posible que no conozcan los mensajes más actualizados y con sensibilidad cultural acerca de la prevención, atención y tratamientos del VIH; que estén bajo la influencia de normas culturales, religiosas o tradicionales que apoyan las ideas que expresan; o tal vez empleen ese lenguaje condenatorio porque quieren asegurarse de que sus estudiantes no incurran en conductas que puedan resultar en una infección por VIH. En algunos casos, el plan de estudios y las políticas sobre salud sexual y reproductiva que utilizan para programar sus clases pueden estar redactadas en un tono estigmatizante y discriminatorio, dejando de lado las necesidades de estudiantes que se identifican como parte de una minoría de género o sexual. Esos mensajes no son correctos y tampoco tienen en cuenta la sensibilidad o el apoyo que necesita la población estudiantil que vive con VIH o se identifica como parte de una minoría de género o sexual (68, 118, 119, 129). Es importante que quienes ejercen la docencia y las instituciones educativas aborden las necesidades específicas de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — además de proteger sus derechos a la confidencialidad, a vivir libres de estigma y a discriminación, y a recibir un trato igualitario (130).

Recuadro 4 **Revelación**

Las emociones y experiencias en torno a la revelación de su estado serológico pueden resultar complicadas para las/os jóvenes en edad escolar que viven con VIH. Las personas de este grupo etario muchas veces reciben mensajes contradictorios en cuanto a la revelación. Sus familiares o personas que les brindan cuidados tal vez les prohíban dar a conocer su estado serológico como forma de protección frente a las consecuencias reales o percibidas del estigma y la discriminación asociados al VIH, tanto para el/la joven como para sus convivientes (118). Al mismo tiempo, es habitual que quienes brindan cuidados revelen el estado serológico de una persona joven a la escuela o al resto de la familia sin su consentimiento. En las instituciones de salud se puede alentar una revelación restringida como forma de apoyar la adherencia al tratamiento o para impedir la potencial transmisión a parejas actuales o futuras de las/os adolescentes. Las personas jóvenes que viven con VIH tal vez no gocen de autonomía plena en cuanto a la revelación, lo que puede causarles angustia y malestar. Es posible que quieran compartir su estado serológico positivo respecto del VIH con alguien cercano entre sus pares que les ayude a procesar y sobrellevar el hecho de estar viviendo con VIH, con resultados muy variables. Que las personas revelen su estado serológico nunca debe consignarse como indicador del éxito de una intervención destinada a reducir el estigma y tal vez no sea algo aconsejable para que lo hagan jóvenes que viven con VIH en entornos educativos.

Para todas las personas que viven con VIH, las consideraciones y decisiones acerca de si revelar o no su estado serológico constituyen un proceso permanente. Las personas jóvenes que viven con VIH requieren apoyo y orientación para lidiar con esas decisiones y con el proceso de revelación, sobre todo cuando comienzan a mantener relaciones sexuales (131).

Si bien existen docentes que perpetúan el estigma y la discriminación asociados al VIH en las escuelas, también hay muchas/os que apoyan a estudiantes que viven con VIH. Por ejemplo, recordándoles de manera discreta que tomen sus medicamentos o permitiéndoles faltar a clase por una consulta médica para que puedan mantener la confidencialidad acerca de su estado serológico (119). Brindar esta clase de apoyo práctico, social y emocional a sus estudiantes tiene una gran importancia y es algo que debería promoverse en todos los entornos educativos. Es importante que el personal docente reciba suficiente capacitación y recursos como para poder brindar apoyo. Un estudio realizado en Zimbabue subrayó que muchas veces quienes ejercen la docencia no perciben que tengan la preparación o la seguridad suficientes como para saber cuál es la mejor forma de apoyar a las personas jóvenes que viven con VIH (129).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

En el Anexo 3 se describen 13 intervenciones relevantes para entornos educativos que procuraron reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. En el Recuadro 6 se presenta un estudio de caso referido a una de esas intervenciones. La mayoría de ellas fueron informativas o para el desarrollo de habilidades. Algunas también incluyeron contacto con grupos afectados por el VIH y apoyo de consejería. Las reducciones en cuanto al estigma y la discriminación asociados al VIH se dieron sobre todo bajo la forma de mejoras en cuanto a actitudes y conocimientos vinculados al VIH. Otros resultados a destacar fueron la mayor disposición a apoyar a personas que viven con VIH cuando resultara necesario, un interés en saber más acerca del VIH, mejoras en cuanto a conductas personales de riesgo y de salud

asociadas al VIH (p.ej. hacerse la prueba, usar preservativos), así como en la autoeficacia y la intención de adoptar dichas conductas.

Aunque no se lo menciona en el Anexo 3, en varios países existen leyes y políticas a nivel nacional y escolar que garantizan que quienes viven con VIH puedan acceder a la educación (132, 133) pero no siempre se las aplica correctamente (134). En algunos casos, las autoridades escolares sufren presiones por parte de las familias de sus estudiantes para que se nieguen a admitir a quienes viven con VIH. En otros casos, el propio personal de la escuela no sabe que existen esas políticas. Esto ilustra cómo las políticas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos educativos no pueden tener éxito por sí solas, sin intervenciones cuyos elementos tengan en cuenta u operen en múltiples niveles socioecológicos (64).

Recuadro 5

Programa basado en escuelas en Zambia que apoya la prevención del VIH y la salud reproductiva entre estudiantes

Un estudio realizado en 2012 evaluó el modelo de liderazgo juvenil del programa *Restless Development* (Desarrollo Inquieto) para la formación sobre el VIH en escuelas. Lo hizo mediante un diseño cuasiexperimental, no aleatorio, en 15 escuelas en las que se realizaron intervenciones y otras 15 que funcionaron como control en toda Zambia (135). El programa comprendía dos estrategias:

- Organizar y capacitar a parejas de jóvenes que se postularan voluntariamente para formar a sus pares en las escuelas durante todo un año académico. Quienes se postularon por lo general tenían de 18 a 25 años y por lo menos título secundario. Recibieron un estipendio mensual de entre 80 y 90 dólares, y contaron con supervisión mensual.
- Ofrecer un programa integral de habilidades para la vida y salud sexual consistente en clases participativas semanales de 40 minutos de duración en el aula: este programa se extendía más allá de la escuela brindando acceso a un centro de recursos juvenil con biblioteca y consejerías, así como a actividades extracurriculares coordinadas por quienes tenían a su cargo la formación; organizando eventos educativos para la comunidad sobre temas específicos (p.ej. prevención del matrimonio temprano); y capacitando a docentes mediante talleres periódicos sobre temas puntuales.

Se analizó información aportada por una encuesta cuantitativa respondida por 2133 estudiantes de octavo y noveno grado (1088 de las escuelas en que se realizaron intervenciones y 1045 de las escuelas de control). El programa pareció haber ejercido una influencia positiva sobre el conocimiento y la conducta del alumnado. En las escuelas de intervención se observó un mayor conocimiento acerca del VIH y temas de salud reproductiva, menos adhesión al estigma y mayor autoeficacia en cuanto al sexo (usar preservativos, negarse al sexo no deseado).

El involucramiento deliberado de personas adultas jóvenes, la duración de la intervención y sus componentes desplegados a distintos niveles contribuyeron al éxito del programa. Sus costos fueron modestos: alrededor de 21 dólares por cada persona beneficiada.

Tabla 7
Recomendaciones para entornos educativos

Nivel (poblaciones foco)	Recomendaciones
Individual (estudiantes que viven con VIH)	Implementar programas (p.ej. programas de tutoría por pares, grupos de apoyo, clubes de adherencia) por fuera del ámbito escolar para estudiantes que viven con VIH (p.ej. en establecimientos sanitarios o centros comunitarios) que les brinden las habilidades y la confianza necesaria como para gestionar su vida con el VIH y reducir el estigma internalizado
Organizacional (escuelas, establecimientos sanitarios)	<p>Facilitar el acceso a servicios de VIH amigables para con la juventud que garanticen la confidencialidad y un ambiente libre de estigma y discriminación para las/os adolescentes.</p> <p>Garantizar que en todas las escuelas, a partir del nivel primario, se proporcione educación sexual integral. Esta formación debería aportar el conocimiento, habilidades y valores necesarios para eliminar conceptos erróneos relativos al VIH, la sexualidad y el género; promover la igualdad de género, la no discriminación, la inclusión y los derechos humanos; y reducir los estigmas interseccionales sobre VIH, sexualidad y conducta sexual.</p> <p>Implementar formación previa al servicio para que el personal docente pueda brindar una educación sexual integral. Esto incluye formación que les permita empoderarse y hablar con seguridad frente al alumnado sobre pruebas, tratamientos, atención y prevención del VIH, derechos de las personas que viven con VIH, prevención de la violencia de género, estigma y discriminación contra las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Implementar programas de VIH en el lugar de trabajo para docentes y personal no docente que les brinde capacitación sobre VIH y políticas para prevenir el estigma y la discriminación así como para garantizar la confidencialidad.</p> <p>Utilizar estrategias de contacto en entornos educativos (p.ej. invitando a personas que viven con VIH para conversar con estudiantes o durante sesiones de formación para docentes) para crear conciencia acerca del estigma y sus efectos perjudiciales, además de reducir las actitudes negativas hacia poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Implementar y sostener políticas para prevenir y abordar todas las formas de violencia escolar, acoso y ciberacoso, inclusive por el estado serológico respecto al VIH, el género o la conducta considerada no conforme al género.</p> <p>Establecer mecanismos para denunciar y dar respuesta a incidentes de estigma y discriminación así como para brindar cuidados y apoyo psicosocial.</p> <p>En forma regular, revisar y reformar las políticas y prácticas en entornos educativos para asegurarse de que protejan contra la discriminación a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes</p>
Comunitario (padres, madres, personas líderes en el ámbito comunitario, comunidades de fe y otras religiosas)	<p>Implementar programas comunitarios – por ejemplo redes de apoyo y tutoría por pares — para apoyar a estudiantes y docentes que viven con VIH en cuanto a reducir el estigma internalizado y gestionar sus vidas con VIH.</p> <p>Involucrar a padres, madres y a la comunidad en general en la reducción del estigma (p.ej. reuniones comunitarias, estrategias de contacto, sensibilización a través de la cultura) para abordar los factores del estigma en entornos educativos.</p> <p>Implementar programas para incrementar el acceso a oportunidades educativas para las adolescentes y mujeres jóvenes que viven con VIH o en vulnerabilidad a la infección por VIH.</p>
Políticas públicas (ministerios de Educación, ministerios de Protección Social, instituciones que forman docentes)	<p>Integrar la sensibilización en VIH, género y derechos humanos así como la reducción del estigma y la discriminación a los planes de estudios de las instituciones que forman docentes.</p> <p>Implementar formación previa al servicio para que el personal docente pueda brindar una educación sexual integral. Esto incluye formación que les permita empoderarse y hablar con seguridad frente al alumnado sobre pruebas, tratamientos, atención y prevención del VIH, derechos de las personas que viven con VIH, prevención de la violencia de género, estigma y discriminación contra las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Desarrollar y hacer cumplir una política de tolerancia cero frente al estigma y la discriminación asociados al VIH en el sector educativo. En entornos de baja prevalencia, podría ser más apropiado integrar el VIH en una política antidiscriminatoria general.</p> <p>Revisar las directrices nacionales del sector educativo para promover la adherencia al tratamiento, respaldar programas de salud en las escuelas y los vínculos con los servicios de salud, y garantizar que las personas jóvenes que viven con el VIH tengan acceso a asistencia segura y confidencial para la adherencia al tratamiento.</p> <p>Adaptar, promulgar e implementar leyes para garantizar el acceso legal a pruebas y servicios de VIH durante la adolescencia eliminando las restricciones etarias.</p> <p>Garantizar que las políticas educativas y de protección social tengan en cuenta y sean acordes a las necesidades especiales de personas jóvenes afectadas por el VIH, incluyendo huérfanas/os y niñas/os que padecen estigmas y vulnerabilidades interseccionales; esto incluye garantizar el acceso a subsidios para pagar las cuotas escolares y programas de alimentación en la escuela con sensibilidad al VIH.</p> <p>En forma regular, revisar y reformar las políticas y prácticas en entornos educativos para asegurarse de que protejan contra la discriminación a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p>

Entornos sanitarios

Los entornos sanitarios pueden ofrecer no solo atención y tratamiento para las personas que viven con VIH sino también dar lugar al estigma y discriminación (12, 30, 136, 137). Esto se manifiesta en demoras innecesarias para los tratamientos, atención diferenciada (p.ej. evitación del contacto físico, gestión inadecuada del dolor, separación de los servicios de transmisión vertical de otros servicios de salud materna e infantil), atención condicionada (p.ej. imponer el uso de preservativos o anticonceptivos como condición para tener acceso a terapia antirretrovírica), negligencia (p.ej. privación de alimentos, agua o higiene), o negación de servicio — todas prácticas que obstruyen de manera directa el acceso a una atención apropiada de la salud. El estigma se puede observar cuando el personal de salud utiliza un lenguaje condenatorio, realiza pruebas de VIH sin consentimiento, toma precauciones innecesarias (p.ej. doble guante, uso de máscaras, quemar las sábanas) o incumple las normas de confidencialidad (p.ej. murmurando o revelando el estado serológico de una persona a sus familiares sin su permiso). Estas manifestaciones de estigma y discriminación pueden impedir el acceso a la atención sanitaria desalentando a las personas que viven con VIH (o que sospechan que podrían estar viviendo con VIH) de procurar las pruebas y tratamientos que necesitan (12, 30, 31, 57, 136-141). El incremento reciente en los índices de pruebas de VIH y notificación a parejas, sobre todo entre adolescentes mujeres, en contextos de prevalencia elevada puede incrementar el estigma, la discriminación y la violencia hacia las poblaciones vulnerables, las mujeres y las niñas, y constituir un obstáculo para que ellas procuren cuidar de su salud (142).

El estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos sanitarios constituyen de por sí violaciones a los derechos humanos y pueden tener un impacto negativo sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas que viven con VIH, poblaciones clave y en vulnerabilidad, a la vez que obstruyen los esfuerzos por detener la transmisión del VIH (136, 143, 144). Las personas a las que les preocupa contraer el VIH es menos probable que procuren información o hablen de prácticas sexuales seguras con personal sanitario por miedo al estigma (57, 140). Actitudes poco amistosas y falta de confidencialidad en los servicios son dos razones mencionadas por personas que no conocen su estado serológico respecto del VIH para explicar por qué no accedían a realizarse pruebas de VIH (145). Las personas que padecen estigma y discriminación en entornos sanitarios es más probable que interrumpan la atención o tengan una mala adherencia a los tratamientos, aumentando la probabilidad de resistencia a las drogas y haciendo que resulte más difícil gestionar la epidemia (140, 141).

Cuando las instituciones y el personal del sector manifiestan estigma y discriminación asociados al VIH, esto a menudo se atribuye a prejuicios frente a “conductas marginalizadas” (141), miedo a la transmisión del VIH y conceptos erróneos acerca del VIH, cómo se transmite y cómo no se transmite (30, 57, 141).

En el caso de adolescentes que viven con VIH se presentan desafíos específicos con respecto al estigma y la discriminación relacionados con el VIH que les dificultan acceder a la atención sanitaria y a una buena calidad de los servicios de salud. En algunos contextos, pueden evitar realizarse pruebas de VIH porque se les exige el consentimiento parental para acceder a ellas (113). La confidencialidad es una preocupación seria para adolescentes que procuran cuidados e información sobre VIH y salud sexual, y pueden desistir de recibir esa atención o a esa información en los entornos sanitarios si no se les permite hacerlo de manera confidencial (113). En algunos entornos, el personal que brinda atención sanitaria y otras personas adultas pueden darles información incompleta, condenatoria o simplista acerca de la gestión del VIH y de la salud sexual. Por ejemplo, un estudio en Zambia reveló que personal que brinda atención sanitaria y familiares les habían dicho a adolescentes que vivían con VIH que no

debían realizar ninguna actividad sexual, casarse o formar una familia. Consejos de esa clase no solo violan los derechos de los/as adolescentes que viven con VIH sino que también pueden dañar su salud mental y emocional (118, 119). Estas preocupaciones se agravan en el caso de jóvenes y adolescentes que se identifican con una minoría de género o sexual debido al estigma interseccional y al hecho de que los servicios de salud muchas veces descuidan atender las necesidades de estas minorías (44, 72).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

En el Anexo 4 se presentan 20 intervenciones exitosas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos sanitarios. Uno de estos estudios se aborda con más detalle en el Recuadro 7.

Estas intervenciones principalmente involucraron a personal que brinda atención sanitaria (personal médico, de enfermería, de laboratorio) o a quienes trabajan en instituciones de salud (todas las personas que lo hacen). Algunas de ellas estuvieron centradas en estudiantes de Enfermería o de Medicina, personas que viven con VIH o personas que procuran atenderse en servicios relacionados con el VIH. La mayoría de las intervenciones fueron de naturaleza informativa o para desarrollar habilidades, mientras que otras incluyeron el contacto con grupos afectados por VIH y enfoques estructurales con actividades para abordar factores estructurales que influyen sobre las manifestaciones del estigma y la discriminación asociados al VIH, como por ejemplo las políticas de los entornos sanitarios.

Las reducciones en el estigma y la discriminación se dieron sobre todo en forma de mejoras en las actitudes hacia personas que vivían o se pensaba que vivían con VIH, mayores conocimientos acerca del VIH y menos temor a la infección. Se observó que algunas de las intervenciones aportaban como beneficio adicional haber mejorado las conductas personales de quienes trabajaban en instituciones de salud en cuanto a hacerse pruebas de VIH y reducir riesgos (94, 127).

Una ausencia notable en el Anexo 4 es la de intervenciones a nivel de políticas e instituciones. Esto se debe en parte a que resulta difícil evaluar a fondo los efectos de estas iniciativas pero su importancia ha quedado establecida en la literatura (146). Existen algunos ejemplos notables de intervenciones sobre políticas con este fin. En Tailandia, el Ministerio de Salud Pública está procurando instituir formación para todo el personal de instituciones de salud destinada a reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. El estudio piloto de este programa mostró resultados positivos en el hospital y las 30 personas participantes. Estos resultados han motivado que se expanda el programa a hospitales en cuatro provincias de Tailandia (147, 148).

Recuadro 6

Formación para estudiantes de Enfermería en la Región Administrativa Especial de Hong Kong, China

Un estudio realizado en 2008 evaluó si un programa de conocimiento-contacto sería más efectivo que otro solo de conocimiento para reducir el estigma relacionado con el VIH entre estudiantes de Enfermería (149). Los programas se diferenciaban entre sí por lo siguiente:

- Programa solo de conocimiento: exposición informativa sobre transmisión, progresión y prevención del VIH de 50 minutos, seguida de un espacio para preguntas y respuestas. La expositora fue una enfermera jubilada con experiencia en difundir información acerca del VIH en entornos comunitarios.

- Programa de conocimiento—contacto: se impartió la misma exposición informativa de 50 minutos seguida inmediatamente por una sesión de contacto, también de 50 minutos, para concluir con un espacio para preguntas y respuestas. La sesión de contacto incluyó a dos hombres que vivían con VIH (uno de ellos se definía como heterosexual y el otro como hombre que tenía relaciones sexuales con hombres), además de una moderadora. A estas tres personas se las capacitó para facilitar actividades destinadas a reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. En la sesión de contacto, los hombres que vivían con VIH pusieron énfasis en: (a) sus interacciones pasadas positivas y negativas con personal de enfermería para destacar el fuerte impacto que ejercen las actitudes y conductas de este personal sobre el bienestar de quienes viven con VIH; (b) los cambios físicos y las luchas psicológicas con las que habían tenido que lidiar antes de poder vivir con VIH – esto se incluyó para despertar la empatía de la audiencia; y (c) sus esperanzas y deseos de que quienes los escuchaban ampliaran su perspectiva acerca de las personas que vivían con VIH (149). Un total de 89 estudiantes de Enfermería de 2 universidades participaron en el estudio (39 en el programa de solo conocimiento y 50 en el programa de conocimiento-contacto). En ambos programas se observaron mejoras significativas en cuanto a conocimientos acerca del VIH, actitudes estigmatizantes, miedo a la infección, disponibilidad a tratar, y bienestar emocional. Comparado con el programa de solo conocimiento, el programa de conocimiento-contacto obtuvo beneficios significativamente mayores en el corto plazo en cuanto a mejorar actitudes estigmatizantes. Este estudio echa luz sobre los componentes de un programa de formación efectivo para reducir el estigma relacionado con el VIH entre estudiantes de Enfermería. Se demostró que facilitar el contacto con personas que viven con VIH y proporcionar conocimientos acerca del VIH resulta beneficioso.
-

Tabla 8

Recomendaciones para entornos sanitarios

Nivel (poblaciones foco)	Recomendaciones
<p>Individual (personas que viven con VIH y poblaciones clave)</p>	<p>Incorporar facilitadores/as legales a las instituciones sanitarias para brindar orientación y concientizar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — que concurran a esos establecimientos sobre sus derechos, los estándares de calidad para el acceso a servicios y la atención a la salud libre de discriminación.</p> <p>Cuando sea relevante, también podrían apoyar a las personas afectadas para que soliciten resarcimientos.</p>
<p>Organizacional (autoridades y personal de instituciones sanitarias; poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes)</p>	<p>Organizar sesiones de formación regulares, durante el servicio, sobre VIH, derechos humanos, poblaciones clave, reducción del estigma, no discriminación, sensibilización en género y ética médica para todo el personal de las instituciones de salud, incluyendo personal no médico (recepción, gestión de datos, entre otros).</p> <p>Involucrar a las autoridades e identificar dentro del sector salud o de las instituciones a defensoras/es que puedan darle sostenibilidad y seguimiento a este trabajo.</p> <p>Involucrar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en el diseño, la implementación y la evaluación de los servicios para garantizar que las sesiones de formación durante el servicio sean aceptables, accesibles, de buena calidad, y basadas en los principios de ética médica.</p> <p>Garantizar que siempre se cuente con insumos para precauciones universales y profilaxis posexposición para reducir el temor del personal que brinda atención sanitaria a la exposición ocupacional al VIH, lo que a su vez hará que disminuyan sus conductas de evitación hacia personas que viven con VIH.</p> <p>Desarrollar y sostener políticas de no discriminación para apoyar y proteger los derechos de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — que trabajan en entornos sanitarios.</p> <p>En forma regular, revisar y reformar las políticas y prácticas en entornos sanitarios para asegurarse de que protejan contra la discriminación a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Establecer un sistema de monitoreo a nivel de toda la institución para capturar el estigma, la discriminación y las violaciones a derechos sufridas por personas que viven con VIH y poblaciones clave con miras a brindarles apoyo y resarcirlas; esto podría incluir opiniones anónimas sobre la experiencia de quienes usaron los servicios en la institución de salud o un sistema formal para denunciar y resolver violaciones a derechos.</p> <p>En forma regular, evaluar el conocimiento, las actitudes y prácticas del personal de salud en relación a personas que viven con VIH y otras poblaciones clave para que las autoridades de la instituciones puedan identificar problemas y resolverlos.</p> <p>Integrar los servicios de salud a un sistema de derivaciones que funcione bien, y que incluya atención para sobrevivientes de violación y profilaxis posexposición.</p>
<p>Políticas públicas (ministerios de Educación y Salud, instituciones de enseñanza de Medicina y Enfermería)</p>	<p>Integrar enfoques de sensibilización, reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH, y también de derechos humanos en los planes de estudio para quienes prestan servicios de salud (p.ej. instituciones que enseñan Medicina o Enfermería).</p> <p>En forma regular, revisar y reformar las políticas y prácticas en todo el sector salud para asegurarse de que protejan contra la discriminación a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p>

Sistemas de justicia

Las personas que viven con VIH a menudo se enfrentan a una serie de desafíos para acceder a los sistemas de justicia debido al estigma y la discriminación asociados al VIH. En particular, el estigma y la discriminación se pueden manifestar a través de leyes, políticas y prácticas discriminatorias relacionadas con el VIH (restricciones y prohibiciones de viajar, tipificar como delito la ocultación del VIH y la exposición o transmisión potenciales o percibidas), hostigamiento y maltrato por parte de agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad, detenciones y encarcelamientos ilegales de personas que viven con VIH y poblaciones clave (17, 19-21, 48, 150). Estas prácticas discriminatorias en el ámbito de la ley no solo son perjudiciales sino que también constituyen violaciones a los derechos humanos así como una validación tácita del estigma y la discriminación asociados al VIH, y resultan contraproducentes en relación a los esfuerzos para reducir la incidencia del VIH (151). La aplicación de esta clase de leyes y prácticas incrementa la vulnerabilidad de las personas al VIH obstruyendo su acceso a los servicios relacionados con el VIH y desalentando el uso de los mismos (17, 19-21).

Las leyes de criminalización del VIH pueden afectar la concurrencia a servicios de VIH, dado que el conocimiento del estado serológico de una persona respecto del VIH puede ser usado contra ella en un entorno de justicia (19). En algunos contextos, agentes de policía se ubican en las inmediaciones de los espacios ocupados por programas de intercambio de agujas o jeringas y arrestan a las personas que se inyectan drogas y que se acercan al programa; esta actividad contraproducente desalienta a las personas que se inyectan drogas de recurrir a los servicios de reducción de daños (22). Por el contrario, cuando a las personas que usan drogas se les garantiza que será legal acceder a programas de intercambio de agujas o jeringas, es mucho más probable que los utilicen (23).

La criminalización impide que las poblaciones clave recurran a la justicia cuando sufren hostigamiento, daño físico o son discriminadas de alguna otra manera. Por ejemplo: las/os trabajadoras/es sexuales muchas veces no denuncian los abusos por parte de sus clientes para evitar sufrir malos tratos o abusos adicionales por parte de la policía dado el estigma que pesa sobre su ocupación (152). Las detenciones ilegales de personas que viven con VIH pueden tener consecuencias directas para su salud y para la comunidad en general, debido a la interrupción en los tratamientos. Cuando se arresta a una persona que vive con VIH, a veces se le confiscan sus medicamentos lo que lleva a desarrollar resistencia a las drogas y socava el éxito de su tratamiento (19).

Datos empíricos emergentes indican que despenalizar ocupaciones y conductas que incrementan el riesgo de que una persona se exponga al VIH — incluyendo el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y el uso de drogas — es fundamental para detener la epidemia del VIH. Modelos desarrollados recientemente indican que despenalizar el trabajo sexual podría evitar del 33 al 46% de las infecciones por VIH entre trabajadoras sexuales en la próxima década en todos los contextos (153). En el mismo sentido, despenalizar y reducir las encarcelaciones podría evitar nuevas infecciones de VIH entre personas que usan drogas. Datos tomados de modelos desarrollados en México indican que implementar una reforma legal reduciría las encarcelaciones en personas que se inyectan drogas en un 80% a partir de 2018, evitando el 9% de las nuevas infecciones por VIH entre 2018 y 2030. Ese porcentaje podría elevarse al 21% si a las personas que se inyectan drogas se las derivara a tratamientos con agonistas opiáceos⁴ en lugar de encarcelarlas (154). Despenalizar las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo también es probable que ejerza un impacto sobre la incidencia del VIH. Una revisión y metaanálisis sistemáticos de

⁴ Los tratamientos con agonistas opiáceos son efectivos para la adicción a las drogas opiáceas. La terapia incluye ingerir un agonista opiáceo (metadona o buprenorfina) para impedir el síndrome de abstinencia y reducir la necesidad de drogas opiáceas. Las personas con adicción a opiáceos pueden utilizar tratamientos con agonistas opiáceos para estabilizar sus vidas y reducir los daños relacionados con su uso de drogas.

datos almacenados sobre realización de pruebas y participación en cascadas de tratamiento del VIH entre hombres africanos que tienen relaciones sexuales con hombres mostraron que los niveles de realización de pruebas siempre y en los últimos 12 meses, así como el conocimiento del propio estado serológico, eran significativamente más bajos en los países que tenían las leyes más severas contra las lesbianas, homosexuales, personas bisexuales y transgénero, en comparación con países cuya legislación era menos severa (155).

Restringir o prohibir que las personas con VIH viajen es otro desafío que les presentan los sistemas de justicia. En 2019, casi 48 países y territorios todavía mantenían alguna forma de restricción a los viajes relacionada con el VIH. ONUSIDA se opone a la realización compulsiva de pruebas de VIH y a las restricciones que limitan o restringen los desplazamientos de quienes tienen un estado serológico positivo respecto del VIH. No existen evidencias de que dichas restricciones protejan la salud pública sino que, por el contrario, es probable que obstaculicen los esfuerzos por protegerla ya que crean barreras para que las personas que viven con VIH y las que corren mayores riesgos de contraerlo accedan a los servicios. Las restricciones a los viajes por estado serológico respecto del VIH fomentan el estigma y generan en la opinión pública la impresión errónea de que el VIH es un problema “foráneo”, lo que perjudica la eficacia de los mensajes de salud pública para la prevención del VIH (150).

La idea de que una respuesta nacional eficaz frente al VIH debe incluir leyes contra la discriminación goza de cada vez más aceptación. Existen diversos compromisos internacionales que apoyan la promulgación de esta clase de leyes. Desde 1979, los Estados miembros de Naciones Unidas han acordado en aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Desde 2011, los países se han comprometido a eliminar las leyes discriminatorias relativas al VIH y a facilitar el acceso a la justicia para las personas que viven con VIH y poblaciones clave (18-20, 120, 156); los ODS 5, 10 y 16 exigen leyes contra la discriminación. Además, cada cinco años se examina la situación de los derechos humanos en los 193 Estados miembros de Naciones Unidas a través del examen periódico universal para mejorar la realización de los derechos humanos sobre el terreno.

Para garantizar que las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — puedan acceder a la justicia cuando sus derechos se vean afectados (157, 158) la opinión pública debe conocer sus derechos y poder acceder a mecanismos de compensación cuando resulte necesario. Estos mecanismos pueden funcionar como una herramienta adicional para la rendición de cuentas y la aplicación de leyes y políticas antidiscriminatorias asociadas al VIH (159). En muchos países existen iniciativas y agencias que trabajan con este fin (157, 158). En Jamaica, el sistema nacional de denuncia y resarcimiento por actos de discriminación relacionada con el VIH, “recopila casos de discriminación relacionada con el VIH y los deriva a una entidad especializada que investiga, implementa mediaciones o proporciona resarcimiento a las personas que han sufrido discriminación” (158). Estos mecanismos deben ponerse a disposición de quienes los necesiten y deben ser accesibles, sin barreras como por ejemplo la situación socioeconómica de las personas afectadas (157-160). Sin embargo, el solo hecho de que existan mecanismos para denunciar no implica que las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — los utilicen, sobre todo en contextos con altos niveles de estigma y discriminación.

También existen ejemplos de acceso a la justicia a través de estructuras informales. Por ejemplo en Kenia el Consejo de Ancianos Luo ha mitigado los efectos de 500 casos en los que restauraron las herencias debidas a viudas y a sus hijos/as en el contexto del VIH (161).

Quiénes son garantes de derechos (p.ej. personas en cargos políticos y parlamentarios, agentes de policía, abogados/as) están en posición de ser agentes de cambios positivos con respecto al estigma y la discriminación asociados al VIH y el acceso a la justicia. Sin embargo,

en países donde el ambiente legal es discriminatorio, puede resultar necesario capacitar y sensibilizar (sobre VIH, estigma y discriminación, derechos humanos, leyes y políticas actualizadas sobre estas temáticas) a quienes son garantes de derechos en múltiples niveles de influencia para que puedan apoyar de manera coherente y efectiva la respuesta nacional al VIH (17-21). Existen ejemplos de titulares de juzgados que no tienen conocimientos acerca del VIH y tratan a las personas que viven con VIH de formas estigmatizantes (p.ej. haciéndolas usar máscaras o manteniéndolas a distancia en el tribunal) (19).

Aunque 123 países tienen leyes contra la discriminación relacionada con el VIH, la aplicación de estas leyes es a menudo defectuosa, lo que invalida su efecto y socava los esfuerzos de salud pública referidos al VIH (20, 21).

Es necesario involucrar a quienes son garantes de derechos a múltiples niveles para garantizar que se apliquen plenamente las leyes y prácticas contra la discriminación (17, 19, 21, 162). Un estudio realizado en Kirguistán señaló que aunque quienes ocupaban cargos jerárquicos en la policía contaban con buena información y conocían esas leyes y prácticas, no ocurría lo mismo entre agentes de niveles más bajos que tienden a desarrollar su actividad sobre el terreno. Este ejemplo ilustra la importancia de involucrar directamente a distintos actores y también aporta un recordatorio de que no siempre se podrá confiar en el efecto “goteo” (162).

Por diversas razones, las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — tal vez no comprendan o conozcan del todo sus derechos o deberes de acuerdo a la ley, ni sientan la confianza suficiente como para reclamarlos. Las personas que viven con VIH podrían beneficiarse de servicios que les aporten alfabetización jurídica, las empoderen y les ofrezcan apoyo jurídico para solicitar compensaciones cuando no se respetan sus derechos humanos y legales (19, 163).

Las personas refugiadas, desplazadas y migrantes que viven con VIH pueden requerir de consideración especial. Además de estar sometidas a leyes y políticas restrictivas asociadas a la entrada, la permanencia y la residencia, estas personas desenraizadas pueden enfrentar barreras adicionales (p.ej. idiomáticas, financieras) para acceder a mecanismos de resarcimiento (98).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

En el Anexo 5 se presentan estudios que evalúan las intervenciones para mejorar el acceso a sistemas de justicia al reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. En el Recuadro 9 se presenta un estudio de caso referido a uno de esos estudios.

La mayoría de las intervenciones incluidas estuvieron centradas en representantes en el Parlamento, agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad o poblaciones claves. Algunos de los estudios también incluyeron como poblaciones a personal de salud, personas viviendo con VIH, periodistas y la población en general. Los enfoques de intervención empleados fueron sobre todo desarrollo de capacidades y enfoques estructurales. Otros enfoques incluyeron intervenciones informativas, apoyo en forma de consejerías, o facilitar el contacto con personas que viven con VIH o poblaciones claves. La mayoría de estas intervenciones sirvieron para mejorar las actitudes hacia poblaciones clave y para reducir daños en relación al VIH así como prácticas discriminatorias por parte de agentes que se encargan de cumplir la legalidad. Otros resultados notables incluyeron haber empoderado a las personas que viven con VIH y poblaciones clave así como mejorar el conocimiento y la capacidad de otros actores clave para brindar apoyo a personas que viven con VIH.

Es importante revisar no solo las leyes y políticas específicas para poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — sino también aquellas

que puedan contradecir o de cualquier otro modo interferir con estos esfuerzos (19, 21). Además se recomienda incluir a múltiples actores (p.ej. representantes en el Parlamento, agentes que se encargan de hacer cumplir la legalidad, poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes) en las conversaciones y esfuerzos colaborativos para reevaluar las leyes perjudiciales existentes y garantizar la aplicación de leyes y políticas no discriminatorias. Esta diversidad de actores puede aportar perspectivas valiosas para alcanzar una efectividad máxima en la reforma normativa y en otras intervenciones para mejorar el ambiente legal (17, 19).

Recuadro 7

Programas para mejorar el acceso a la justicia en Kenia

Un estudio realizado en 2013 evaluó tres programas de integración legal en Kenia (164):

- El *Legal AID Centre* (Centro de Ayuda Legal) de Eldoret proporciona ayuda legal y servicios a personas con acceso limitado a la justicia, entre ellas las personas que viven con VIH.
- La *Coalition on Violence Against Women* (Coalición sobre Violencia contra las Mujeres) ofrece servicios que incluyen pagos y derivaciones para obtener ayuda jurídica directa así como capacitación en derechos humanos, violencia de género y temas relacionados para personas que consultan y para quienes prestan servicios.
- La *Christian Health Association* (Asociación Cristiana de Salud) de Kenia ofrece servicios relacionados con el VIH, servicios legales y concientización en derechos.

Estos programas operan dentro de diferentes instituciones y centros de salud. El programa de la Asociación Cristiana de Salud funciona en 435 localidades.

Para este estudio se utilizó información de una encuesta aplicada al personal de los programas, archivos e información de los programas existentes, entrevistas semiestructuradas y conversaciones en grupos focales con personas participantes y con quienes prestan servicios. Se observó que los programas mejoraron el conocimiento, la conciencia y la autoeficacia de las personas participantes con respecto a sus derechos así como su acceso a ayuda legal, cuidados sanitarios y justicia. Se llegó a la conclusión de que los tres programas mejoraban el conocimiento de quienes prestaban servicios acerca de las prácticas discriminatorias y violaciones a los derechos humanos, así como su capacidad de informar, atender y derivar a las personas que concurrían al programa. Es importante señalar que la existencia de estos tres centros de ayuda legal ha permitido que personas que viven con VIH y poblaciones clave puedan acceder a la justicia, mientras que en el pasado, cuando solo podían contar con apoyo jurídico estándar, tal vez hacerlo no les resultara tan accesible.

Algunos factores externos limitaban la efectividad de estos programas, entre ellos: (a) corrupción real y percibida por parte del funcionariado judicial y de agentes que se encargan de hacer cumplir la ley, así como represalias ejercidas por la parte contraria en el juicio; y (b) desafíos logísticos como una alta rotación de personal y dificultades en la relación con las instituciones de salud. A pesar de eso, se consideró que los programas tenían un gran

potencial. Este estudio demuestra que integrar servicios jurídicos y de salud a veces puede resultar en un mayor acceso tanto a la salud como a la justicia para las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.

Tabla 9
Recomendaciones para sistemas de justicia

Nivel (población foco)	Recomendaciones
<p>Individuos (poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas pero no solamente las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes)</p>	<p>Empoderar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes – con alfabetización jurídica y acceso a servicios para solicitar resarcimiento.</p>
<p>Comunitario (público en general, poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas pero no solamente las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes —, organizaciones de base comunitaria, redes de poblaciones clave).</p>	<p>Ampliar el sistema de facilitadores/as legales a todas las prisiones del país capacitando a personas que están en prisión sobre VIH y derechos humanos y para que trabajen como facilitadores/as; después de la formación estas personas pueden brindar apoyo a sus pares, incluyendo derivaciones para que se realicen la prueba del VIH y accedan a otros servicios de salud.</p> <p>Ampliar la provisión de asesoría y asistencia jurídica, las campañas de concientización y de “conoce tus derechos” para poblaciones clave, mujeres adolescentes y jóvenes en cada distrito y en las instituciones de salud.</p> <p>Estos esfuerzos deberían incluir la provisión de información y derivaciones jurídicas; asesoría y representación legal; formas alternativas y comunitarias de resolución de disputas; involucramiento de personas líderes en el ámbito religioso o tradicional y de los sistemas legales tradicionales (p.ej. tribunales comunitarios) para resolver disputas y modificar normas tradicionales perjudiciales; y litigación estratégica.</p> <p>Implementar programas de alfabetización jurídica como por ejemplo campañas de concientización que ofrezcan información acerca de derechos y leyes asociadas al VIH a través de los medios (p.ej. televisión, radio, medios impresos, Internet), movilización y formación comunitaria, difusión entre pares y líneas telefónicas de ayuda.</p> <p>Asesorar a las organizaciones que prestan servicios a la comunidad y trabajan con personas que viven con VIH, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas, y personas transgénero y fortalecer sus capacidades para continuar involucrándolas en la programación de servicios de VIH.</p> <p>Evaluar en forma regular el acceso a la justicia para personas que viven con VIH o en vulnerabilidad a él como parte de las encuestas del Índice de Estigma en Personas que viven con VIH y otras encuestas específicas realizadas entre trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que se inyectan drogas.</p> <p>Habilitar a las redes locales de poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — para que monitoreen el impacto de leyes problemáticas (código civil y penal) que obstaculizan los servicios de VIH y también los cambios en políticas y leyes, haciendo incidencia por cambios cuando resulte necesario.</p> <p>Financiar grupos que hagan incidencia para apoyar procesos de reforma legal, promuevan y monitoreen la implementación de políticas y leyes de apoyo, además de otros cambios como por ejemplo un mayor financiamiento del gobierno para mejorar la calidad de las consejerías en servicios de VIH y tuberculosis en las cárceles, a cargo de profesionales capacitadas/os.</p>

<p>Organizacional (autoridades policiales y penitenciarias, funcionariado del poder judicial, poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas pero no solamente las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes —, organizaciones de sociedad civil)</p>	<p>Ofrecer capacitación durante el servicio para agentes de policía, funcionariado del poder judicial y personal penitenciario sobre políticas de VIH, violencia de género y poblaciones clave, así como sobre el ejercicio responsable del rol policial en el contexto del VIH, brindando apoyo cuando resulte necesario. Esta formación debe cubrir conocimientos científicos actualizados sobre VIH; la importancia de llegar a las poblaciones en riesgo; la importancia de abordar en forma apropiada todas las formas de violencia, en particular la violencia doméstica y sexual, inclusive en el contexto del VIH y para las poblaciones clave; y las consecuencias negativas de la actividad policial ilegal sobre la justicia y la respuesta al VIH.</p> <p>Ampliar la formación para el personal penitenciario para incluir información sobre prevención del VIH, necesidades en cuanto a atención a la salud y derechos humanos de las personas que viven con VIH o corren riesgo de contraerlo.</p> <p>En forma regular medir el conocimiento, actitudes y conductas de agentes de policía, correccionales e integrantes del poder judicial adaptando la formación que se les brinda durante el servicio en forma acorde.</p> <p>Facilitar que las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — interactúen con agentes que se encargan de cumplir la legalidad (p.ej. a través de reuniones de formación y sensibilización) para prevenir prácticas policiales perjudiciales tales como arrestar a trabajadoras/es sexuales y personas formadoras de pares por llevar preservativos o encarcelar a quienes se inyectan drogas con cargos penales en lugar de derivarlas a programas de reducción de daños.</p> <p>Ampliar el apoyo legal para que todas las organizaciones que brindan servicios a la comunidad y trabajan con mujeres adolescentes y jóvenes, poblaciones clave y personas que viven con VIH tengan acceso a representación legal asequible o gratuita para llevar casos, ejercer su defensa y promover litigación estratégica cuando sea necesario.</p> <p>Implementar programas para prevenir la violencia contra las mujeres y las poblaciones clave además de abordar el estigma y la discriminación asociándose con organizaciones lideradas por mujeres y poblaciones clave; todo acto de violencia contra mujeres y personas de poblaciones clave debería ser monitoreado y denunciado. Para hacer justicia, se deberían crear mecanismos de resarcimiento.</p>
<p>Políticas públicas (ministerios del gobierno, representantes en el Parlamento)</p>	<p>Las leyes y políticas deben derivarse de los estándares de derechos humanos para eliminar el estigma, la discriminación y la violencia contra poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Derogar las leyes que penalizan el uso de drogas o su posesión para uso personal, todos los aspectos del trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género, y la exposición, ocultación y transmisión del VIH.</p> <p>Fortalecer el ambiente legal y de políticas para garantizar que las leyes protejan a mujeres y niñas de la desigualdad y la violencia de género. Esto puede hacerse por ejemplo reformando las relaciones domésticas así como las leyes sobre violencia doméstica y su aplicación cuando estas no protegen a las mujeres o generan barreras para acceder a servicios de VIH; y reformando las leyes de propiedad, herencia y tenencia de hijos/as para garantizar la igualdad de derechos a mujeres, niñas/os y personas que brindan cuidados afectadas por el VIH.</p> <p>Integrar la sensibilización acerca de VIH, reducción del estigma y la discriminación, derechos humanos y género a los planes de estudio de academias de policía y facultades de derecho.</p> <p>En forma habitual informar y sensibilizar a quienes son garantes de derechos sobre los aspectos legales, de salud y derechos humanos del VIH, leyes nacionales relevantes, y sus implicaciones para la aplicación de la legalidad, las investigaciones y procedimientos judiciales.</p> <p>En forma habitual revisar las leyes, regulaciones y políticas existentes relativas al VIH y compararlas con los compromisos globales.</p> <p>Abordar leyes y políticas que sean discriminatorias hacia poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — como parte de la respuesta nacional al VIH. Específicamente esto podría implicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el acceso a la justicia para personas que viven con VIH o en vulnerabilidad al virus; promover y defender su reforma. • Involucrar a representantes en el Parlamento y autoridades de ministerios de justicia, interior, sistema penitenciario, finanzas, industria, trabajo, asuntos de las mujeres, educación, inmigración, vivienda, defensa, salud y comercio; personas líderes en el ámbito religioso y tradicional, entre otras. • Promover la promulgación e implementación de leyes, regulaciones y directrices que prohíban la discriminación; apoyen el acceso a la prevención, tratamientos, atención y apoyo relacionados con el VIH; afirmen los derechos de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes (p.ej. garantizando el acceso a vivienda segura para personas que están en prisión)

Entornos de emergencia y asistencia humanitaria

En 2016, el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados estimó que 479 millones de personas se habían visto afectadas por emergencias en 2016, cifra superior a la de 2013 que había sido de 314 millones de personas (165). En ese período, la cantidad de personas que viven con VIH afectadas por emergencias humanitarias se incrementó de 1 710 000 a 2 570 000, y la tasa de personas que viven con VIH afectadas por una emergencia humanitaria pasó de 1 en 20 a 1 en 14 (165). La magnitud y la frecuencia de las emergencias se está incrementando: 2017 fue un año récord en cuanto a crisis complejas, inseguridad alimentaria, eventos relacionados con el cambio climático y escalada de conflictos, todo lo cual motivó el llamamiento a la acción humanitaria más grande de la historia (166, 167). Los conflictos y las crisis pueden acentuar gravemente las complejidades de la epidemia del VIH por las perturbaciones y desafíos que causan estos eventos. Dada su creciente ocurrencia e impacto, se deben tener en cuenta los entornos de emergencia y asistencia humanitaria como parte de los esfuerzos para alcanzar la meta global de poner fin al Sida como amenaza a la salud pública y contar con cobertura sanitaria universal para 2020 (168, 169).

Las circunstancias en que se dan las emergencias y la asistencia humanitaria pueden incrementar la vulnerabilidad a contraer la infección por VIH. Insumos de prevención como los preservativos pueden tornarse inaccesibles; esto resulta pertinente porque las poblaciones afectadas por las crisis pueden recaer en mecanismos negativos para sobrellevar la situación, como por ejemplo ejercer el sexo transaccional o el trabajo sexual. En algunos contextos, mujeres y niñas/os pueden quedar en posiciones más vulnerables a la violencia sexual. Por ejemplo: los conflictos pueden exigirles que recorran largas distancias caminando para conseguir agua, leña o insumos críticos para la vida, y esas caminatas prolongadas pueden incrementar el riesgo de sufrir violencia sexual (170, 171). La violencia de género en situaciones de crisis continúa siendo alarmante en muchos contextos: 7 de cada 10 mujeres en esas situaciones están expuestas a la violencia de género (172). Los hombres jóvenes y los niños también se pueden ver sometidos a esas formas de violencia pero sus necesidades muchas veces no se reportan y se dejan de lado (173).

La salud de las personas que viven con VIH se puede ver comprometida en entornos de emergencia y asistencia humanitaria. Los conflictos y las crisis muchas veces causan interrupciones en la prevención, atención y tratamientos del VIH, afectando especialmente los sistemas de salud y las cadenas de aprovisionamiento médicas. Además, la inseguridad alimentaria y nutricional, la falta de acceso a refugio adecuado y al agua potable, así como la alteración generalizada de los servicios sociales durante las emergencias hacen que resulte más difícil adherir a los tratamientos (168, 174). Las leyes que penalizan el VIH o las restricciones en cuanto a viajes pueden agravar la falta de acceso a servicios de atención y tratamientos del VIH, dado que las personas refugiadas que viven con VIH pueden temer que se las expulse del país de acogida o que se las judicialice si revelan su estado serológico respecto del VIH.

La persistente crisis política, económica, social y humanitaria en la República Bolivariana de Venezuela ilustra estos desafíos. En 2017, el 77% de las 77 000 personas que viven con VIH en el país tenía un acceso insuficiente a los tratamientos de VIH. La situación ha forzado a muchas personas, tanto las que viven con VIH como las que no, a huir del país para acceder a alimentación, atención sanitaria y de otras necesidades o derechos básicos; estas personas refugiadas corren riesgo de contraer el VIH o interrumpir sus tratamientos (175).

El estigma y la discriminación asociados al VIH potencian en forma notable los desafíos a que se enfrentan las personas que viven con VIH cuando procuran obtener seguridad y estabilidad en entornos de emergencia y asistencia humanitaria. Por ejemplo: si una persona que vive con VIH carece de apoyo social debido al estigma y la discriminación asociados al

VIH, le resultará mucho más difícil acceder a quienes podrían ofrecerle alimentos o refugio (176, 177). Existen muchas denuncias de personas que viven con VIH a quienes se las aísla en campamentos formales e informales para personas refugiadas.

En algunos contextos de asistencia humanitaria, la incidencia de VIH es alta o va en aumento entre poblaciones clave que están en desventaja debido a desigualdades estructurales, incluyendo el estigma y la discriminación. No es raro que las poblaciones marginalizadas, entre ellas las personas que viven con VIH, sufran un estigma y una discriminación más severas en contextos de emergencia y asistencia humanitaria tras la profundización de las desigualdades estructurales que puede ser consecuencia de los conflictos y las crisis (176). Es frecuente que las poblaciones marginalizadas — a las que muchas veces se descuida e ignora en períodos de estabilidad debido al estigma y la discriminación — también carezcan de apoyo y recursos en tiempos de conflictos y crisis (176-178). Por ejemplo: durante el brote del virus del Ébola en Sierra Leona (2014-2016), hubo un descenso en las capacitaciones y servicios para la reducción del estigma relacionado con el VIH, y esto tuvo un efecto negativo sobre las personas que vivían con VIH en esa área (179).

Las personas refugiadas, migrantes y desplazadas se enfrentan a desafíos significativos cuando a estigma y discriminación asociados al VIH en su transición a un nuevo país o a una nueva área de su propio país. Estas poblaciones pueden ser víctimas de xenofobia, ya que los temores de las comunidades de acogida a lo desconocido pueden agravarse en tiempos de crisis, recelando que quienes llegan de fuera puedan apoderarse de los recursos escasos o dañarlas de alguna otra manera. La suposición errónea de que las personas refugiadas, migrantes y desplazadas traen el VIH a sus comunidades de acogida — pese a que múltiples estudios contienen evidencias de lo contrario (168, 177, 178) — puede generar estigma y discriminación contra ellas. Estos supuestos erróneos son importantes principalmente por el maltrato a que pueden ser sometidas personas refugiadas y migrantes. Existen todavía más de 40 países en los que el estado serológico relativo al VIH de una persona puede afectar su capacidad de solicitar asilo o de migrar allí (178, 180).

La discriminación y el estigma existentes contra las personas que viven con VIH y las poblaciones clave pueden interferir con los esfuerzos de brindarles apoyo en entornos de emergencia y asistencia humanitaria. Esto puede resultar particularmente pertinente para los países en que la transmisión del VIH o las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo están tipificados como delitos. Los equipos de ayuda pueden estar incapacitados para brindar servicios de manera segura a personas que viven con VIH y en algunos casos estos mismos equipos pueden ser los que causen daño (181-183). En entornos donde los derechos humanos de las personas que viven con VIH no se respetan, estas personas pueden ser arrestadas o sufrir otras consecuencias a manos de las autoridades locales y del público en general si su estado serológico se torna conocido. La seguridad del personal y el funcionariado que presta servicios de apoyo también es digna de tenerse en cuenta: en algunos casos, personas que prestaban servicios de ayuda para personas que vivían con VIH o los apoyaban han sido objeto de medidas punitivas. Estas circunstancias restrictivas subrayan la importancia de trabajar para afirmar los derechos y la dignidad de las personas que viven con VIH. En el ínterin, esto puede exigir que el personal y el funcionariado sobre el terreno piense soluciones innovadoras como por ejemplo proporcionar medicamentos antirretrovíricos para varios meses de una sola vez o no etiquetar públicamente los servicios que brindan como relacionados con el VIH.

Los servicios y consideraciones específicas al VIH muchas veces no son una prioridad dada la magnitud de las necesidades de salud pública que están presentes en entornos de emergencia y asistencia humanitaria. Existen prioridades más visibles para el financiamiento, los recursos y los esfuerzos (176-178). Sin embargo, la provisión de servicios de VIH y la reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos de emergencia y asistencia humanitaria son fundamentales para detener la epidemia de VIH.

Los recursos y la asistencia para personas que viven con VIH en entornos de emergencia y asistencia humanitaria se deben brindar de forma segura y respetando la confidencialidad para no acentuar el estigma y la discriminación mediante la revelación no deseada (176).

Las personas refugiadas, migrantes y desplazadas pueden sufrir estigmas interseccionales por su estatus legal, etnicidad, raza, condición económica o estado de salud, y esto puede requerir de una atención especial por parte de las agencias humanitarias y los gobiernos que supervisan la prestación de servicios en entornos de asistencia humanitaria y emergencia, para proteger el derecho de estas personas a la salud y a otros servicios importantes. Muchas veces se necesita un activismo y una persistencia constantes para garantizar que estas iniciativas cumplan exitosamente con sus objetivos en entornos de emergencia y asistencia humanitaria, tal como se observa en la República Bolivariana de Venezuela (175).

Ejemplos de intervenciones y recomendaciones

Los datos empíricos sobre intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos de emergencia y asistencia humanitaria son muy limitados, ya que no existen evaluaciones publicadas al respecto. Esto resalta la existencia de una laguna en relación a estos programas y la necesidad de hacer aportes para construir una base de datos empíricos en esta área. Como comunidad global, no podremos alcanzar las metas 90–90–90 o la meta de cobertura sanitaria universal si no abordamos el VIH en las emergencias. Es importante ampliar los esfuerzos de investigación científica sobre implementación para mejorar la base de datos empíricos y los programas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos de emergencia y asistencia humanitaria.

Pese a todo, no carecemos de reflexiones y experiencias en este campo.⁵ Una intervención implementada en Ucrania durante el conflicto armado en curso identificó que las transferencias de efectivo reducían el estigma y la discriminación en entornos sanitarios y en el plano individual (p.ej. reducían el estigma internalizado) (ver Recuadro 8). Una suma de 25 dólares mensuales permitió que las personas que viven con VIH se trasladaran a las instituciones de salud en procura de terapias antirretrovíricas, compraran alimentos nutritivos, y mejoraran la percepción de su propia valía y la sensación de ser cuidadas por otras personas. Además, el programa mejoró las actitudes del personal de salud hacia las personas que viven con VIH.

Recuadro 8

El programa de transferencias de efectivo de Food for Life (Alimentos para la vida) en Ucrania durante el conflicto armado

El conflicto armado en curso en Ucrania ha generado numerosos desafíos para las personas que viven con VIH que afectan su salud y sus derechos humanos. Entre los principales se encuentra el hecho de que el conflicto interrumpió el acceso a las terapias antirretrovíricas ya que trasladarse hasta una clínica se convirtió en algo prohibitivo por lo costoso en tiempo y en dinero. Esto se vio agravado por el hecho de que muchas personas que viven con VIH y se vieron desplazadas internamente por el conflicto no pudieron conseguir empleo debido al estigma y la discriminación. Al cerrar las fábricas en las regiones afectadas por el conflicto, la competencia por empleos se incrementó en las comunidades de acogida para personas que viven con VIH y otras desplazadas internas. Las personas que viven con VIH reportaron que sus potenciales empleadores las consideraban menos productivas y asumían que iban a necesitar más licencias, lo que les dificultaba conseguir empleo en un mercado laboral competitivo con oportunidades limitadas.

5 Integrantes del Equipo de Trabajo interagencias sobre el VIH en entornos humanitarios, la Organización Internacional para las Migraciones, y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos hicieron una revisión y aportaron orientaciones para la sección sobre emergencia y asistencia humanitaria de este documento.

Para garantizar la continuidad del acceso a las terapias antirretrovíricas durante un período de ocho meses en 2017, la Red de Personas que viven con VIH en Ucrania y el Programa Mundial de Alimentos implementaron un programa de transferencias monetarias condicionadas (184) que facilitó el acceso a tratamientos y apoyo para personas con VIH.

El programa ofreció transferencias electrónicas de 25 dólares por mes a ser utilizados para transporte o alimentación. Esas transferencias estaban condicionadas a que las personas beneficiarias concurren a uno de los hospitales del programa para comenzar o retomar sus tratamientos de VIH.

El programa tuvo éxito en varios niveles. En primer lugar, fue altamente efectivo en cuanto a mejorar la adherencia a tratamientos. Los datos de monitoreo del programa mostraron que se logró un 90% de supresión vírica en las personas que viven con VIH que iniciaron o retomaron sus tratamientos en el marco del programa. También el 34% de las personas participantes mejoró su nivel de adherencia al tratamiento. Este resultado demuestra que es posible alcanzar las metas 90–90–90 aun en entornos de emergencia cuando existen recursos adecuados.

En segundo lugar, el programa redujo el estigma y mejoró las actitudes y conductas de quienes prestan servicios de salud y trabajadores/as sociales hacia personas que viven con VIH al incrementar el contacto con ellas lo que hizo que entendieran mejor las experiencias y los desafíos que implica vivir con VIH. Además, el programa redujo el estigma internalizado ya que la interacción con los servicios y el apoyo que estos les brindaron hizo que las personas que viven con VIH se sintieran valiosas.

Aunque logró alcanzar sus objetivos, este programa concluyó en 2018 cuando el conflicto en Ucrania fue rebajado de categoría, pasando a ser considerado una “crisis prolongada” y con ello cesó el financiamiento del Programa Mundial de Alimentos. Pero el conflicto en Ucrania persiste y las personas que viven con VIH en las áreas afectadas sufren nuevas penurias económicas. Este estudio de caso ilustra la necesidad de programas de apoyo tanto inmediato como en el largo plazo en entornos de emergencia para garantizar que las personas que viven con VIH puedan continuar accediendo a tratamiento y servicios de nutrición en períodos de vulnerabilidad acentuada.

.....

Tabla 10.

Recomendaciones para estados y organizaciones humanitarias en entornos de emergencia.

Nivel	Recomendaciones
<p>Individual (poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes)</p>	<p>Implementar programas y servicios para reducir el estigma internalizado y apoyar las necesidades de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — en situaciones de conflictos y crisis proveyéndoles acceso seguro a atención y tratamiento.</p>
<p>Comunitario (personal de salud comunitaria)</p>	<p>Fortalecer la capacidad del personal de salud comunitaria garantizando que existan los vínculos apropiados entre las comunidades y los sistemas formales de salud en entornos de emergencia.</p>
<p>Organizacional (organizaciones de base comunitaria y humanitarias, organizaciones multilaterales)</p>	<p>Involucrar a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — y organizaciones de base comunitaria en el desarrollo y la implementación de intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos de emergencia y asistencia humanitaria.</p> <p>Integrar la formación para reducir el estigma y la discriminación como parte del desarrollo de capacidades y monitoreo del desempeño en servicio para el personal que proporciona y planifica servicios de emergencia; esto podría incluir a personal de entornos sanitarios y de sistemas de justicia.</p> <p>Formar a los actores humanitarios, incluyendo la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, líderes y socios de clústers, en el abordaje de la discriminación, el trabajo con personas que viven con VIH y poblaciones clave en entornos de emergencias sobre el estigma y la discriminación asociados al VIH.</p> <p>Implementar programas para prevenir, abordar, monitorear y denunciar la violencia en entornos de emergencia, inclusive (pero no solamente) contra personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes.</p> <p>Monitorear los niveles de estigma y discriminación utilizando indicadores acordados a nivel global en entornos de emergencia, incluyendo las experiencias de personas desplazadas internas y refugiadas, así como las actitudes y prácticas del personal humanitario.</p>
<p>Políticas públicas (gobiernos nacionales, garantes de derechos a nivel nacional)</p>	<p>Incluir disposiciones para (pero no solamente) personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes en planes nacionales de emergencia; esto incluye garantizar que existan procedimientos para proteger a mujeres y niñas de la violencia de género y la perpetrada por sus parejas íntimas.</p> <p>Garantizar que las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes (pero no solamente) tengan acceso a asistencia legal en las comunidades de acogida y afectadas, campamentos para personas desplazadas y refugiadas, y en los entornos de frontera.</p> <p>En forma regular revisar y reformar las políticas y prácticas en entornos de emergencia para asegurarse de que protejan contra la discriminación a las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes (pero no solamente a estas poblaciones).</p>

Consideraciones relevantes a todos los entornos

Existen algunas cuestiones transversales que es importante tener en cuenta en el contexto de los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. El análisis de estas cuestiones puede indicar la necesidad de agregar niveles adicionales de programas por fuera de los destinados a abordar el estigma y la discriminación ya que sin ellos sus avances pueden verse limitados.

Leyes y políticas

En cada país existen leyes y políticas diferentes sobre estigma y discriminación asociados al VIH que pueden influir sobre cada uno de los entornos que se describen en este documento. Se deben promulgar e implementar nuevas leyes para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres además de poner en práctica estrategias de prevención en el largo plazo. Estos enfoques no deben dudar en hacer frente a las estructuras desiguales de poder que son la causa estructural de la violencia infringida contra millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Estas leyes y políticas pueden ser tanto barreras como herramientas efectivas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH, según sean punitivas o protectoras. Algunos ejemplos son las leyes nacionales sobre criminalización de la transmisión del VIH o las leyes penales que afectan a poblaciones clave, las leyes antidiscriminatorias, y las políticas en entornos organizacionales que dictaminan cómo se debería tratar a una persona que vive con VIH o de quien se piensa que lo hace. Conocer en profundidad las leyes y políticas del contexto nacional será importante para garantizar que se incluyan las intervenciones estructurales apropiadas en pro de la eliminación del estigma y la discriminación asociados al VIH (19, 21).

Protección y servicios sociales

El estigma y la discriminación asociados al VIH pueden presentar desafíos para el acceso a diferentes protecciones y servicios sociales. Por ejemplo: en algunos contextos a las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — a veces se les priva de vivienda o se les impide usar el transporte público. En el mismo sentido, el acceso a programas de bienestar o de seguridad social puede depender de los resultados de una prueba para detectar el uso de drogas. Esto puede afectar la salud de una persona al no permitirle acceder a una vivienda estable o contar con medios para trasladarse a una institución de salud o a su lugar de empleo (185, 186). Además, las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — a veces no pueden acceder a seguros de vida lo que en algunos contextos puede impedirles a su vez obtener préstamos financieros o una pensión. También los programas de seguros de salud pueden discriminar a las personas que viven con VIH al tratar su estado serológico como condición preexistente, impidiéndoles acceder a atención y restringiendo su movilidad (p.ej. la posibilidad de cambiar de empleo o de zona de residencia) al no tener certeza de que podrán mantener su cobertura de salud (187, 188). Dado que las protecciones y servicios sociales son elementos de apoyo importantes para las intervenciones destinadas a sostener la salud y el bienestar de las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no

solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — conocerlos bien y modificarlos cuando sea necesario para apoyar intervenciones que reduzcan el estigma y la discriminación asociados al VIH resulta significativo.

Desigualdades sociales y económicas

Las desigualdades sociales y económicas pueden entrecruzarse con el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH y las poblaciones clave, agravándolas. También pueden incrementar los riesgos asociados con el VIH, por ejemplo haciendo que resulte demasiado costoso acceder a agujas limpias. Estas desigualdades limitan la capacidad de decidir y las opciones que tienen las personas que viven con VIH, se piensa que lo hacen o forman parte de poblaciones clave para eludir o responder al estigma y la discriminación asociados al VIH. La alfabetización jurídica y el conocimiento de cómo operar con los seguros y otras formas de protección y servicios sociales amplían dichas opciones. Más de la mitad de todas las mujeres que trabajan lo hacen en la economía informal, donde a menudo carecen inclusive de los derechos y protecciones laborales más básicas. En promedio, en todo el mundo a las mujeres se les paga un 16% menos que a los hombres. El estigma y la discriminación asociados al VIH también pueden ser fuente de desigualdad social y económica, por ejemplo si una persona pierde su posición social o sus medios de vida por su estado serológico con respecto al VIH (189). La posición social o económica de una persona también puede ser motivo de estigma y discriminación, entrecruzándose con el estigma relativo al VIH y constituyendo una barrera adicional para que la persona recurra a servicios relacionados con el VIH (190).

Desigualdad de género y normas desiguales según el género

En muchos contextos, las desigualdades de género que resultan de las dinámicas de poder entre mujeres y hombres acentúan el estigma y la discriminación asociados al VIH. La desigualdad de género puede incrementar las tasas de infección y reducir la capacidad de mujeres y niñas para sobrellevar la epidemia de VIH. Muchas veces mujeres y niñas tienen menos información sobre el VIH y menos recursos para tomar medidas preventivas. Ellas se enfrentan a barreras para negociar el sexo seguro debido a las dinámicas de poder desiguales y a su posición social subordinada. La violencia sexual, una violación muy difundida a los derechos de las mujeres, también incrementa el riesgo de transmisión del VIH. Los datos empíricos sugieren que el matrimonio puede ser un factor de riesgo crucial, sobre todo para mujeres jóvenes y niñas. Tanto las mujeres cis como las trans que viven con VIH a menudo se enfrentan a discriminación y a desigualdades asociadas al género.

Muchas mujeres que viven con VIH se enfrentan al estigma y la exclusión agravadas por la negación de derechos. Políticas y leyes discriminatorias que criminalizan a las personas por su estado serológico con respecto al VIH pueden afectar en forma desproporcionada a las mujeres a quienes es más probable que se les hagan pruebas que revelen su estado serológico como parte de la atención prenatal. Una mujer viuda que vive con VIH puede verse involucrada en disputas por la propiedad que reclama la familia de su marido fallecido, en un contexto en el que ella tiene un acceso limitado a la justicia para defender sus derechos. La carga de los cuidados para personas que viven con VIH suele recaer sobre las mujeres, sin importar si ellas mismas viven con VIH o no, limitando así sus perspectivas educacionales y laborales (191). Las normas de género desiguales también pueden presentar desafíos específicos para la prevención, realización de pruebas y tratamientos de VIH. Mujeres y niñas que viven con VIH se enfrentan al estigma y la discriminación por su sexo, lo que puede impedirles procurar servicios y adherir a los tratamientos del VIH (192).

En 19 países sobre los que se dispone de información, aproximadamente 1 de cada 3 mujeres que viven con VIH reporta haber sufrido al menos una forma de discriminación relacionada con su salud sexual y reproductiva en entornos sanitarios, entre ellas negación de servicios, que profesionales de la salud las disuadan de tener hijos por su estado serológico respecto al VIH e incluso esterilizaciones forzosas (193).

Las mujeres jóvenes y las trabajadoras sexuales también sufren estigma y discriminación que pueden restringir su capacidad de prevenir el VIH e impedirles recurrir a los servicios de atención. La homofobia y la estigmatización de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ven reforzadas por nociones de masculinidad que valoran la dominación de los hombres sobre las mujeres y pueden incrementar el estigma internalizado entre personas de género no conforme (194). Además, las ideas rígidamente binarias acerca del género y la noción de que el sexo biológico y la expresión de género siempre deben estar alineados marginan a las personas que no se conforman a ellas.

Normas sociales y culturales

Las normas sociales y culturales pueden contribuir al estigma y la discriminación asociados al VIH y hacia las poblaciones clave, mujeres, niñas y personas en riesgo de infectarse por VIH. Así, las personas de quienes se piensa que viven con VIH o las que realizan actividades estigmatizadas pueden sufrir estigma y discriminación por trasgredir normas sociales y culturales. Tales normas perjudiciales pueden verse reforzadas en todos los entornos y están presentes en ellos. Es importante cambiar estas normas hacia un sentido más positivo para reducir el estigma relacionado con el VIH y otros estigmas interseccionales que impiden el acceso a los servicios de VIH y ejercen un impacto negativo sobre la calidad de vida (195).

Violencia sexual y de género

La violencia sexual y de género es una forma de discriminación. Las personas que viven con VIH, mujeres, niñas, poblaciones clave y en vulnerabilidad pueden sufrir esta violencia en los distintos entornos. Por ejemplo: una mujer cuyo estado serológico es positivo respecto al VIH puede sufrir daño físico por parte de su pareja masculina cuando él se entera (50, 52). Los estigmas relacionados con el VIH y otros interseccionales también pueden influir sobre la atención o el apoyo que recibe una sobreviviente de violencia sexual o de género. Por ejemplo: a una trabajadora sexual que intente denunciar violencia sexual es posible que no le proporcionen profilaxis posexposición y que los agentes que se encargan de aplicar la legalidad la sometan a violencia sexual adicional (152).

Comunicación y medios

En los esfuerzos para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH es importante tener en cuenta la comunicación y las plataformas mediáticas ya que pueden influir sobre la opinión pública. Pueden fomentar el estigma y la discriminación asociados al VIH si emplean un lenguaje estigmatizador acerca del VIH (“persona infectada con VIH” o “paciente de Sida” en lugar de “persona que vive con VIH”) o presentar de manera sensacionalista historias acerca del VIH o de las poblaciones clave, estimulando también el miedo y las nociones erróneas. Pero estas plataformas también pueden ser herramientas importantes para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH si ofrecen información correcta sobre el tema y sobre las personas que viven con o en vulnerabilidad al VIH además de normalizar las pruebas de VIH y la concurrencia a los servicios de tratamiento (34, 196).

Monitoreo y evaluación de avances para eliminar todas las formas de estigma y discriminación asociadas al VIH

Las claves para lograr cero discriminación serán el monitoreo y evaluación activas de las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en todos los niveles socioecológicos dentro del contexto de cada país. Serán necesarias evaluaciones de programas y también de niveles de impacto para poder decidir en tiempo real si es necesario adaptar y mejorar algún programa. También será necesario verificar si la combinación y el nivel de las intervenciones implementadas están alcanzando los efectos deseados. Monitorear la implementación de los programas también será fundamental para identificar desafíos y tomar decisiones acerca de correcciones a mitad de camino cuando resulte necesario. El Marco conceptual sobre estigma y discriminación que se muestra en la Figura 2 debe guiar el trabajo en monitoreo y evaluación.

Todos los esfuerzos de monitoreo y evaluación deben aplicar enfoques basados en derechos y sensibles a los derechos para monitorear y evaluar programas y actividades asociados al VIH. También deben incluir a las comunidades y organizaciones de sociedad civil en el diseño e implementación del trabajo de evaluación, tal como se afirma en la publicación de ONUSIDA sobre monitoreo y evaluación de las respuestas nacionales al VIH basadas en derechos (197).

Al momento de determinar qué metodologías se emplearán en el monitoreo y evaluación de los programas para la reducción del estigma y la discriminación, se recomienda tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Qué insumos se necesitan para implementar el programa planificado?
- ¿Qué aspectos del estigma está tratando de modificar el programa?
- ¿Qué niveles socioecológicos abordará el programa para reducir el estigma y la discriminación?
- ¿Qué personas estarán expuestas al programa?
- ¿Quiénes son las personas beneficiarias previstas para el programa?
- ¿Cuáles son los productos esperados del programa?
- ¿Cuáles son los resultados esperados del programa?
- ¿Cuáles son los impactos esperados del programa?

Las respuestas a estas preguntas determinarán a qué insumos y productos se les dará seguimiento a lo largo de la implementación de los programas, y qué terrenos del estigma se deberán medir (p.ej. factores, facilitadores, manifestaciones), en qué poblaciones, y en qué zonas del país. A continuación se analizarán dos ejemplos aplicando estas preguntas para decidir la mejor manera de monitorear los resultados de los programas implementados para reducir el estigma y la discriminación.

Ejemplo 1

El País A implementa una campaña nacional de tres meses de duración en medios de comunicación masiva seguida por conversaciones a nivel comunitario asociadas a la campaña y facilitadas por personas que viven con VIH además de líderes de opinión, todo ello con el objeto de modificar las actitudes negativas de la opinión pública frente a personas que viven con VIH.

- Insumos necesarios: tiempo en televisión, tiempo en radio, carteleros, guiones y mensajes para anuncios de campaña y piezas de entretenimiento que educa

elaboradas por y con personas que viven con VIH, facilitadoras/es capacitados/as en las comunidades, y espacios para organizar eventos comunitarios.

- Aspectos del estigma a modificar: factor – actitudes negativas de la opinión pública hacia las personas que viven con VIH.
- Niveles que aborda el programa: múltiples (comunitario, individual)
- Personas expuestas al programa: público en general, líderes de opinión a nivel comunitario y personas que viven con VIH.
- Personas beneficiarias previstas: público en general y personas que viven con VIH.
- Productos previstos: 420 piezas radiales, 252 piezas para televisión, 100 carteleras, 50 facilitadoras/es capacitadas/os y 200 reuniones a nivel comunitario.
- Resultado previsto: reducción de las actitudes negativas hacia personas que viven con VIH.
- Impacto previsto: reducción en el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con VIH.

Teniendo en cuenta estas respuestas, se podría desarrollar un sistema de monitoreo para dar seguimiento a los distintos insumos que se necesitan y determinar si el programa genera o no los productos esperados. El resultado del programa se podría evaluar formulando preguntas a la población en la Encuesta Demográfica y de Salud y en la Encuesta de Indicadores Múltiples que evalúan las actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH.

El impacto del programa se podría evaluar en forma cualitativa a través de conversaciones en grupos focales, con representantes de personas que viven con VIH y líderes de opinión en una muestra de comunidades expuestas al programa para ver cómo este influyó en sus conductas hacia las personas que viven con VIH. Además, se podrían analizar datos cuantitativos sobre experiencias de estigma y discriminación asociados al VIH utilizando el Índice de Estigma en personas que viven con VIH y el cuestionario estándar 2018-2023 de la Encuesta Demográfica y de Salud.

Ejemplo 2

Además de la intervención en medios de comunicación masiva, el País A decidió ampliar la capacitación extendiéndola a 10 instituciones de salud de nivel regional para todo el personal, utilizando un enfoque de institución total para concientizar acerca de los efectos perjudiciales del estigma en el entorno de las instituciones de salud; incrementar conocimientos acerca de los descubrimientos científicos más recientes sobre VIH, derechos humanos y ética médica en el contexto del VIH; y desarrollar políticas que apoyen la existencia de instituciones de salud libres de estigma. El programa también garantizará que haya insumos disponibles para precauciones universales y para reducir al mínimo la exposición al VIH en el lugar de trabajo, incluyendo el acceso a profilaxis posexposición.

- Insumos necesarios: plan de formación adaptado, facilitadoras/es capacitadas/os, materiales para la capacitación, e insumos para precauciones universales.
- Aspectos del estigma a modificar: factores – falta de conciencia acerca del estigma y sus impactos perjudiciales, y actitudes negativas en público hacia personas que viven con VIH por parte de quienes prestan servicios de salud; facilitadores – políticas laborales y disponibilidad de insumos para precauciones universales.
- Niveles que aborda el programa: múltiples (organizacional, individual)
- Personas expuestas al programa: todo el personal que trabaja en instituciones regionales de salud.
- Personas beneficiarias previstas: personal de salud, personas que viven con VIH y poblaciones clave.
- Productos previstos: 20 facilitadoras/es capacitadas/os, 4000 personas que trabajan en salud capacitadas, políticas nuevas o adaptadas en cada institución, y 10 instituciones regionales provistas de todos los insumos necesarios para precauciones universales.
- Resultado previsto: mayor conciencia acerca del estigma, mayor conocimiento sobre derechos humanos y ética médica en el contexto del VIH, reducción en las actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH, y reducción de conductas estigmatizantes hacia personas que viven con VIH y poblaciones clave.

- Impacto previsto: reducción en el estigma y la discriminación sufridos por personas que viven con VIH y poblaciones clave que concurren a las instituciones de salud del País A.

Al igual que en el ejemplo anterior, un sistema de monitoreo podría dar seguimiento a los insumos y productos del programa. Las respuestas a las preguntas indican que el resultado del programa podría evaluarse mediante una encuesta aplicada sobre una muestra de personal que presta servicios de salud en cada institución regional de salud antes y después de implementado el programa, utilizando una herramienta que capture los factores específicos que se intentan modificar. A los elementos facilitadores se los podría evaluar mediante observaciones en las instituciones de salud para determinar si existe una política para proteger a las personas que viven con VIH y poblaciones claves contra la discriminación y suficiente cantidad de insumos para precauciones universales y profilaxis posexposición. El impacto del programa podría medirse utilizando evaluaciones cualitativas como las conversaciones en grupos focales, con representantes de personas que viven con VIH y poblaciones clave que concurren a las instituciones de salud, o cuantitativamente a través de encuestas de rutina como el Índice de Estigma hacia personas con VIH para evaluar las manifestaciones de estigma entre personas que viven con VIH y si sus experiencias de estigma se redujeron una vez aplicado el programa. El cuestionario estándar 2018-2023 de la Encuesta Demográfica y de Salud también incluye dos preguntas para evaluar el estigma sufrido en entornos sanitarios.

Buenas prácticas de monitoreo y evaluación

Siempre que sea posible, se deberían utilizar mediciones validadas del estigma y la discriminación asociados al VIH. Las mediciones validadas son aquellas que – gracias a investigaciones previas — se ha demostrado que pueden capturar el terreno de estigma que se quiere medir en forma consistente a lo largo del tiempo. Lo ideal sería que las evaluaciones utilizaran los datos existentes y las iniciativas de recolección de datos en marcha, tanto cualitativos como cuantitativos. Entre estas iniciativas se cuentan el Índice de Estigma hacia personas que viven con VIH, la Encuesta Demográfica y de Salud, la Encuesta Bioconductual Integrada, evaluaciones del ambiente legal, las mediciones de línea de base que realiza el Fondo Mundial en 20 países, los compromisos nacionales e instrumentos políticos del proceso de Monitoreo Global del Sida, y otras fuentes de información cualitativa disponibles, como las discusiones en grupos focales con representantes de comunidades afectadas.

En 2020 se publicará un documento de orientación específico que desarrolla en más detalle cómo medir los resultados e impactos de programas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH.

Conclusión

Se han presentado recomendaciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en una variedad de entornos, incluyendo aquellas específicas para poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes. Si bien se han identificado necesidades específicas según el entorno y la población, también han surgido cuestiones transversales.

Institucionalizar la formación previa al servicio (p.ej. sobre estigma y discriminación asociados al VIH y sobre derechos humanos) para profesionales y garantes de derechos sería una estrategia de intervención valiosa. La formación previa al servicio puede asociarse con mayor longevidad e impacto de las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH, dado que en todos estos entornos el personal nuevo o recién contratado recibirá la formación y la formación apropiadas antes de iniciar su carrera. En el largo plazo, estas formaciones también son una opción más económica si se las compara con las sesiones durante el servicio que es necesario implementar en forma regular debido a la rotación de personal en el lugar de trabajo. El desarrollo y la implementación de un plan de estudios previo al servicio deberían ser liderados por las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — o por lo menos estas poblaciones deberían estar plenamente involucradas para acentuar la efectividad del programa.

Resulta claro que ningún enfoque de intervención podrá por sí solo abordar el estigma y la discriminación asociados al VIH o mejorar el acceso a servicios de VIH para todos y cada uno de estos entornos y poblaciones. Por eso, un enfoque de múltiples vías que opere a distintos niveles socioecológicos es necesario para crear un ambiente más habilitante para las personas que viven con o están en riesgo de infectarse por VIH. Esto puede incluir el uso colectivo de intervenciones estratégicas como la implementación y aplicación de políticas no discriminatorias; instituir planes de estudio y sensibilización sobre estigma y discriminación asociados al VIH en diferentes entornos organizacionales; establecer recursos comunitarios (p.ej. centros de ayuda legal) para brindar apoyo a las personas que viven con VIH en el acceso a sus derechos; y ofrecer apoyo y programas de empoderamiento para personas que viven con VIH y poblaciones clave.

La importancia de involucrar a múltiples actores y personas en los distintos niveles de formación, desde el personal de rango más bajo hasta el más alto, es fundamental para las iniciativas que buscan reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH ya que todo el personal puede relacionarse con personas que viven con VIH o de quienes se piensa que lo hacen cuando estas procuran servicios o porque son parte del mismo entorno educativo o laboral. En el mismo sentido, las personas que no pertenecen a ninguno de los entornos estudiados (p.ej. familiares, integrantes de la comunidad) pueden influir sobre las experiencias de estigma y discriminación asociados al VIH. Las intervenciones que apoyan directamente a las personas que viven con VIH no deben tampoco ser dejadas de lado. Las poblaciones “que se dejan atrás” — entre ellas (pero no solamente) las personas que viven con VIH, poblaciones clave, poblaciones indígenas, presos y otras personas en centros de internamiento, migrantes, mujeres y niñas, en especial las adolescentes y las mujeres jóvenes — pueden requerir apoyo e información para hacer frente al estigma internalizado y anticipado, así como aliento para acceder a servicios sanitarios y jurídicos accesibles, incluidos los mecanismos de resarcimiento.

A medida que se implementan intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH, es importante tener en cuenta las necesidades de mujeres, niñas, poblaciones clave y en vulnerabilidad. Estas poblaciones pueden enfrentar desafíos puntuales tanto frente al VIH mismo como al estigma y la discriminación asociados al VIH en todos los entornos (p.ej. desventaja social, violencia, vulnerabilidad económica) y pueden requerir de disposiciones especiales como la facilitación de normas de género equitativas o la reducción del estigma contra poblaciones clave.

Cuando se diseñan y se implementan estas intervenciones, es importante garantizar que involuntariamente no contribuyan al estigma, la discriminación o la vulnerabilidad que viven estas poblaciones en el contexto del VIH.

Para honrar la memoria del Dr. Jonathan Mann, que fue el primero en definir el estigma y la discriminación como la segunda epidemia, la "silenciosa": "incluyamos, no excluyamos" (198). Unámonos en una Alianza Mundial y encaremos acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación asociadas al VIH. Tenemos las herramientas. Tenemos los recursos. Es hora de actuar.

Referencias

1. Alianza Mundial de Acciones Tendientes a Eliminar Todas las Formas de Estigma y Discriminación Asociados al VIH. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2019.
2. Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2012.
3. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de Sida para 2030. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2014.
4. Mahajan A, Sayles J, Patel V, Remien R, Sawires S, Ortiz D, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008; 2:S67-79.
5. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*.2001;27:363-85.
6. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster; 1963.
7. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003; 57: 13-24.
8. Rice WS, Logie CH, Napoles TM, Walcott M, Batchelder AW, Kempf MC, et al. Perceptions of intersectional stigma among diverse women living with HIV in the United States. *Soc Sci Med*. 2018; 208:9-17.
9. Turan JM, Elafros MA, Logie CH, Banik S, Turan B, Crockett KB, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med*.2019;17:7.
10. Stangl A, Brady L, Fritz K. STRIVE technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington, DC: STRIVE; 2012.
11. Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida; 2007
12. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009; 12:15.
13. Stangl AL, Brady L, Fritz K. Measuring HIV stigma and discrimination. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2012.
14. Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019; 17:31.
15. Poblaciones clave. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria; 2016
16. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/ Sida; 2015
17. Ferguson L, Nicholson A, Henry I, Saha A, Sellers T, Gruskin S. Assessing changes in HIV-related legal and policy environments: lessons learned from a multi-country evaluation. *PLoS One*. 2018; 13:e0192765.
18. Williamson RT, Fiscian V, Olson RU, Poku FN, Whittal J. A reporting system to protect the human rights of people living with HIV and key populations. *Health Hum Rights*. 201719(2):211-22.
19. Voices from the field: how laws and policies affect HIV responses. NGO Delegation to the UNAIDS Programme Coordinating Board; 2011 (<https://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2012/07/2011-NGO-Report-online-version.pdf>).
20. The policy and legal environments related to HIV services in China. Beijing: United Nations Development Programme; 2015.

21. Legal environment assessment for HIV: an operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV. New York: United Nations Development Programme; 2014.
22. Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health.* 2011;101:2012-15.
23. Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2-3):292-7.
24. Andrinopoulos K, Figueroa JP, Kerrigan D, Ellen JM. Homophobia, stigma and HIV in Jamaican prisons. *Cult Health Sex.* 2011;13(2):187-200.
25. Derlega VJ, Winstead BA, Gamble KA, Kelkar K, Khuanghlawn P. Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making. *J Health Psychol.* 2010;5(2):258-68.
26. Brinkley-Rubinstein L, Turner WL. Health impact of incarceration on HIV-positive African American males: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care STDS.* 2013;27(8):450—58.
27. Agenda para la cero discriminación en la atención sanitaria. Ginebra: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida; 2017
28. Krisharatne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lileston 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.
29. Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18 715.
30. Ekstrand ML, Ramakrishna J, Bharat S, Heylen E. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(Suppl.2):18 717.
31. Hirschall G. Striving for zero discrimination in health care. Geneva: World Health Organization; 2016.
32. Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2010;21(3):256-64.
33. Prevenir el VIH en grupos de población clave. Ginebra: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/ Sida; 2016
34. Osborne K, Tremlett L, Welbourn A, Hale F, Vazquez M. Piecing it together for women and girls: the gender dimensions of HIV-related stigma. London: International Planned Parenthood Federation; 2011.
35. Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS Behav.* 2013; 17:2528-39.
36. Hiarlath MO, Grede N, de Pee S, Bloem M. Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health (MNCH) and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services: a literature review. *AIDS Behav.* 2014;18:516-30.
37. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc.* 2015; 18:19 462.
38. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;67:S228-34.
39. Sifris R. Involuntary sterilization of HIV-positive women: an example of intersectional discrimination. *Hum Rights Q.* 2015;37:464-91.

40. Cuca YP, Rose CD. Social stigma and childbearing for women living with HIV/AIDS. *Qual Health Res.* 2016;26:1508-18.
41. El Feki S, Avafia T, Fidalgo TM, Divan V, Chauvel C, Dhaliwal M, et al. The Global Commission on HIV and the Law: recommendations for legal reform to promote sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matt.* 2014;22:125-36
42. Courtwright A, Turner A. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Publ Health Rep.* 2010;125:34-42.
43. Treves-Kagan S, Steward WT, Ntswane L, Haller R, Gilvydis JM, Gulati H, et al. Why increasing availability or ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Pub Health.* 2016;16:87.
44. Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. "Triply cursed": racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex.* 2014;16(6):710—22.
45. Cahill S, Taylor SW, Elsesser SA, Mena L, Hickson DM, Mayer KH. Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care.* 2017;29(11):1351-8.
46. Parsons JA, Bond VA, Nixon SA. "Are we not human?" Stories of stigma, disability and HIV from Lusaka, Zambia and their implications for access to health services. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127392.
47. Rohleder P, Braathen SH, Swartz L, Eide AH. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disabil Rehabil.* 2009;31(1):51-9.
48. Restricciones de viaje asociadas al VIH. Comunicado de prensa. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2019
49. Chinouya M, Hildreth A, Goodall D, Aspinall P, Hudson A. Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). *Health Soc Care Commun.* 2014;35(1):35-42.
50. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53.
51. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* 2013; 16:18 640.
52. Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.*2015;18(6S5):20 302.
53. Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl. 3): 21 497.
54. Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010;22(5):630-39.
55. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systemic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 734.
56. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015; 19:246-56.
57. Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Publ Health.* 2012
58. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11:353-63.
59. Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev.* 2003; 15:49-69.
60. Rao D, Elshafei A, Nguyen M, Hatzenbuehler ML, Frey S, Go VF. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019; 17-41.

61. Stangl AL, Singh D, Windle M, Sievwright K, Footer K, Iovita A, et al. A systematic review of selected human rights programs to improve HIV-related outcomes from 2003 to 2015: what do we know? *BMC Infect Dis.* 2019;19:209.
62. Understanding and challenging HIV stigma: toolkit for action. Washington DC: International Center for Research on Women; 2003.
63. Maluccio JA, Wu F, Rokon RB, Rawat R, Kadiyala S. Assessing the impact of food assistance on stigma among people living with HIV in Uganda using the HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Behav.* 2017;21:766-82.
64. Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
65. Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health.* 2011; 11:755.
66. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013; 132(Suppl. 1):S48-52.
67. Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35-44.
68. Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS Stigma Attitudes Among Educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561-9.
69. Mall S, Middlekoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care.* 2013;25:194-201.
70. Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: World Bank; 2010 (<https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-8449-7>).
71. Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SW, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26:614-20.
72. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543-54.
73. Tanser F, Bärnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science.* 2013;339(6122):966-71.
74. Montaner JSG, Wood E, Kerr T, Lima V, Barrios R, Shannon K, et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;55(Suppl. 1):S5-9.
75. Botswana extends free HIV treatment to non-citizens. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
76. Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Crit Publ Health.* 1998;8(4):347—70.
77. Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AER, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS.* 2009;23(17):2353-7.
78. Pantelic M, Steinert JI, Park J, Mellors S, Murau F. "Management of a spoiled identity": systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e001285.
79. Ojikutu BO, Pathak S, Srithanaviboonchai K, Limbada M, Friedman R, Li S, et al. Community cultural norms, stigma and disclosure to sexual partners among women living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *PLoS One.* 2016; 11(S):e0153600.

80. Öktem P. The role of the family in attributing meaning to living with HIV and its stigma in Turkey. *SAGE Open*. 2015;5:215824401561516.
81. Stephenson R. Community factors shaping HIV—related stigma among young people in three African countries. *AIDS Care*. 2009;21(4):403—10.
82. Pharris A, Hoa NP, Tishelman C, Marrone G, Kim Chuc NT, Brugha R, et al. Community patterns of stigma towards persons living with HIV: a population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Publ Health*, 2011;11:705.
83. Pretorius JB, Greeff M, Freeks FR, Kruger A. A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. *Health SA Gessonndheid*. 2016;21:187-95.
84. Black LW. Commentary on impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Fam Syst Health*. 2008;26:443-6.
85. Brown DC, Belue R, Airhihenbuwa CO. HIV and AIDS-related stigma in the context of family support and race in South Africa. *Ethn Health*. 2010;15(5):441-58.
86. Chidrawi HC, Greeff M, Termame QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196-205.
87. Recomendación 200: Recomendación sobre el VIH y el SIDA y el mundo del trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2010
88. World AIDS Campaign: HIV and the world of work – why and how we should all advocate for the implementation of the ILO Recommendation on HIV and the workplace. Geneva: International Labour Organization; 2010.
89. The gap report 2014: people living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
90. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
91. Sprague L, Simon S, Sprague C. Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. *African J AIDS Res*. 2011; 10:311-24.
92. Addressing HIV/AIDS stigma and discrimination in a workplace program: emerging findings. Washington, DC. Horizons; 2002.
93. HIV stigma and discrimination in the world of work: findings from the People Living with HIV Stigma Index. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2018.
94. Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009; 23(12):1059-66.
95. Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2006.
96. Teachers living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on Education; 2008.
97. Statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. Geneva: World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017
98. The gap report 2014: migrants. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
99. Holemer WL, Makoae LN, Greeff M, Diamini PS, Kohi TW, Chirwa ML, et al. Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2009; 6:76-82
100. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 2005;366(9503):2133-34.
101. Ganju D, Saggurti N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Cult Heal Sex*. 2017;19(8):903-17.
102. Stuckler D, Steele S, Lurie M, Basu S. Introduction: “dying for gold” – the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv*. 2013;43:639-49.

103. Corno L, de Walque D. Mines, migration and HIV/AIDS in southern Africa. *J Afr Econ.* 2012;21:465-98.
104. Weine SM, Kashuba AB. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2012; 16(6):1605-21.
105. Harinarain N, Haupt TC. Impact of workplace HIV and AIDS policies on stigma and discrimination. In: *Proceedings of the 5th Built Environment Conference, Durban, South Africa, 18-20 July 2010.*
106. Rao D, Angell B, Lam C, Corrigan P. Stigma in the workplace: employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong, and Chicago. *Soc Sci Med.* 2008;67:1541-9.
107. Protecting the rights of people living with HIV in the workplace. Washington, DC: Gujarat State Network of Positive People, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE;2013.
108. Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care.* 2012;24:180-85.
109. Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf R, Meheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PloS One.* 2017; 12(9):e0184484
110. Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
111. HIV and AIDS and supportive learning environments. Paris:United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2006.
112. Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong'o CO. Guiding and supporting adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: the development of a curriculum for family and community members. *Child Youth Serv Rev.* 2016;61:253-60
113. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013.
114. Thematic segment: mental health and HIV/AIDS —promoting human rights, an integrated and person-centered approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018
115. Moyo Z, Perumal J. Challenges faced by teachers living with HIV. *South Afr J Educ.* 2019; 39(1):1-10.
116. Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: can social support buffer the impact of stigma? *J Affect Disord.* 2019;45:82-90.
117. Denison JA, Banda H, Dennis AC, Packer C, Nyambe N, Stalter RM, et al. "The sky is the limit": adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc.* 2015;20:e25035.
118. Stangl A, Bond V, Mackworth-Young CR, Sievwright K, Singh D, Clay S, et al. Transitioning to a healthy adulthood: lessons learned from adolescent girls living with HIV in urban Zambia. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2015.
119. Mburu G, Ram M, Oxenham D, Haamujompa C, Iorpenda K, Ferguson L. Responding to adolescents living with HIV in Zambia: a social-ecological approach. *Child Youth Serv Rev.* 2014;45:9-17.
120. Mburu G, Ram M, Oxenham D, Haamujompa C, Iorpenda K, Ferguson L. Responding to adolescents living with HIV in Zambia: a social-ecological approach. *Child Youth Serv Rev.* 2014; 45:9-17.
121. Ferrand R, Lowe S, Whande B, Munaiwa L, Langhaug L, Cowan F, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bull World Health Organ.* 2010;88:428—34
122. Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. París: Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2018.
123. Integrated School Health Policy. Cape Town: Government of South Africa; 2012.

124. Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: the global challenges. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131:S40-42.
125. The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. Geneva: World Health Organization; 2011.
126. Marfatia Y, Naswa S. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *Ind J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31:1.
127. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23:73-86.
128. Comprehensive sexuality education. New York: United Nations Population Fund; 2016.
129. Campbell C, Andersen L, Mutsikiwa A, Madanhire C, Nyamukapa C, Gregson S. Can schools support HIV/AIDS-affected children? Exploring the "ethic of care" amongst rural Zimbabwean teachers. *PLoS One*. 2016; 11:e0146322.
130. Good policy and practice in HIV and health education: booklet 7 – gender equality, HIV and education. Paris: UNESCO, 2012.
131. Grainger C. Understanding disclosure behaviours in HIV-positive young people. *J Infect Prev*.2017;18(1):35-9
132. Fleming KE. Improving access to education for orphans or vulnerable children affected by HIV/AIDS. Paris: UNESCO; 2015.
133. Zweicker L, Stemple L. Nine countries' compliance with international human rights standards for HIV/AIDS prevention. Los Angeles: University of California Los Angeles School of Law New International Human Rights Law Program. (<https://law.ucla.edu/~media/Assets/Health%20and%20Human%20Rights/Documents/Nine%20Countries%20Compliance.ashx>).
134. Overview: good policy and practice in HIV and AIDS and education – booklet 1. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organizations, 2008.
135. Denison JA, Tsui B, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth—led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res*. 2012;27:237-47.
136. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care*. 2015;27(12):1439-42.
137. Varas-Díaz N, Neilands TB, Cintrón-Bou F, Marzán-Rodríguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negrón S, et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc*. 2013; 16(3S2):18 670.
138. Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26:703-19.
139. Mahendra VS, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2007;4:616-25.
140. Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20:705.
141. Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*.2013; 16:18 710.
142. Technical and programmatic considerations for index testing and partner notification for adolescent girls and young women. Washington, DC: United States Agency for International Development, United States President's Emergency Plan for Aids Relief, and YouthPower; 2019
143. Choi JY. HIV stigmatization harms individuals and public health. *Infect Chemother*. 2014;46:139.
144. Key barriers to women's access to HIV treatment: a global review. New York: UN Women; 2017
145. Mosime W, Oberth G, Baptiste S, Maouan A, Garcia P, Taro T, et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in 11 west African countries: findings from the regional community treatment observatory. Presented at the 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, July 2019.

146. Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health.* 2013; 103:286-92.
147. Reducing stigma to improve engagement in HIV care among men who have sex with men. Mumbai: Humsafar Trust, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.
148. Thailand scaling up initiative to end HIV-related stigma. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016
149. Yiu JW, Mak WW, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med.* 2010; 71:38-44.
150. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS y United Nations Development Programme; 2019.
151. El VIH y la ley: Riesgos, derechos y salud. New York: Global Commission on HIV and the Law; 2012.
152. Shannon K. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA.* 2010;304:573
153. 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.
154. Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D, et. al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *Lancet Publ Health.* 2018;3(9):E429-37.
155. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2019;6(11):E769-87
156. Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28(9):498-98.
157. People living with HIV stigma index: Asia Pacific regional analysis. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2011.
158. Redress at 10: an analysis of addressing HIV-related discrimination in Jamaica. Washington, DC: Health Policy Plus; 2017.
159. Eliminating discrimination in health care: stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016
160. Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV- and AIDS-related stigma, discrimination and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights.* 2002;6:1
161. Compendium of cases by the Luo Council of Elders. Nairobi: KELIN; 2017.
162. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights.* 2012;14(2):34-8.
163. International Drug Policy Consortium. Submission to the Global Commission on HIV and the Law – Asia Pacific Regional Dialogue. 2011; doi.org/10.2139/ssm.1908915.
164. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 726.
165. Lowichi-Zucca M, Spiegel PB, Kelly S, Dehne K-L, Walker N, Ghys PD. Estimates of HIV burden in emergencies. *Sex Transm Infect.* 2008;84(Suppl. 1):i42-8.
166. Annual report, 2017. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2017.
167. Humanitarian emergencies, armed conflict and the HIV response. Brighton: Avert;2017.
168. HIV In humanitarian emergencies information note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.

169. Cobertura sanitaria universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019
170. Taylor L. Over 17 million women and girls collect water in Africa, at risk of rape and disease. Reuters, 1 June 2016.
171. Puechguirbal N. Women and war in the Democratic Republic of the Congo. *Signs J Women Cult Soc.*2003;28(4):1271-81.
172. On the frontline: catalyzing women's leadership in humanitarian action. Johannesburg: ActionAid; 2016.
173. Lista de chequeo de prevención y abordaje de la violencia sexual contra hombres y niños relacionada con los conflictos. Liechtenstein: All Survivors Project (<https://allurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2020/05/Checklist-Spanish.pdf>)
174. Oser R, Ojikutu B, Odex W, Ogunlayi M, Ntumba J. HIV treatment in complex emergencies. Arlington, VA: United States Agency for International Development; 2012.
175. Actualización de triple peligro. Toronto: International Council of AIDS Service Organisations y Acción Ciudadana en SIDA; 2019
176. Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2010.
177. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters.* 2004;28(3):322-39.
178. The gap report 2014: displaced persons. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 201.
179. Mobula ML, Brown CA, Burnham G, Phelps BR. Need for reinforced strategies to support delivery of HIV clinical services during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Disaster Med Publ Health Prep.* 2015;9(5):522-6.
180. The global database: regulations on entry, stay and residence for people living with HIV. The Global Database on HIV related travel restrictions (<https://www.hivtravel.org/Default.aspx?Pageld=143&Mode=list&Stateld=4>).
181. Genoverse S. Prosecuting UN Peacekeepers for sexual and gender-based violence in the Central African Republic. *Brooklyn J Int Law.* 2017; 43.
182. Kirschner S, Miller A. Does peacekeeping really bring peace? Peacekeepers and combatant-perpetrated sexual violence in civil Wars. *J Conflict Resolut.* 2019;63(9):2043-70.
183. Reiz N, O'Lear S. Spaces of violence and (in)justice in Haiti: a critical legal geography perspective on rape, UN peacekeeping, and the United Nations Status of Forces Agreement. *Territ Polit Gov.* 2016;4(4):453-71.
184. Civil society and WFP increasing food security in Ukraine. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
185. Leaver CA, Bargh C, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.*2007; 11:85-100
186. Comentario de Devanand Milton, Presidente de Guyana Trans United (GTU) durante la presentación de la Iniciativa Comunitaria de Servicios Jurídicos de SASOD. 2017 (<https://pancap.org/pancap-releases/remarks-by-devanand-milton-president-of-guyana-trans-united-gtu/>).
187. Nguyen QL, Phan TV, Tran BX, Nguyen LH, Ngo C, Phan HT, et al. Health insurance for patients with HIV/AIDS in Vietnam: coverage and barriers. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17:519.
188. HIV, stigma and discrimination: your rights with insurance companies. Londres: NAM; 2018
189. Gaigbe-Togbe V, Weinberger MB. The social and economic implications of HIV/AIDS. *Etude la Popul Afr.* 2004;19(B).
190. Grossman, I, Stangl AL. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 881.
191. Qué hacemos: VIH y SIDA. Ginebra: ONU Mujeres.

192. Principales barreras para el acceso de las mujeres al tratamiento del VIH: Una revisión a escala global. Nueva York: ONU Mujeres; 2017 (<https://www.unwomen.org/~/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment-a-global-review-es.pdf?la=en&vs=601>)
193. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, United Nations Children's Funds. World Health Organization. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf)
194. Gupta GR. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how – Plenary Address to the XIIth International AIDS Conference, Durban, Sudáfrica, 9-14 de julio 2000.
195. Miller CT, Grover KW, Bunn JY, Solomon SE. Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychol Sci.* 2011;22(5):579-83.
196. Chalk S. HIV and stigma: the media challenge. Londres: International Planned Parenthood Federation; 2014.
197. Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
198. Merson M, Inrig S. The AIDS pandemic: searching for a global response. Cham: Springer, 2017.

Anexo 1: Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos comunitarios

Referencia	País	Población estudiada	Intervención	Duración	Resultados
Apinudecha et al., 2007 (1)	Tailandia	Personas que viven con VIH Personas que brindan cuidados Líderes de comunidades	Desarrollo de capacidades, contacto, estructural	8 meses	Mejóro conocimientos Redujo estigma
Boulay et al., 2008 (2)	Ghana	Integrantes de la comunidad	Informativa, desarrollo de capacidades	2 meses	Mejóro actitudes y disposición a cuidar a un familiar que vive con VIH
Rimal and Creel, 2008 (3)	Malawi	Integrantes de la comunidad	Informativa, contacto	2 años	Redujo el estigma solo para personas con alta eficacia No hubo cambios para personas con baja eficacia
Nyblade et al., 2008 (4)	Viet Nam	Integrantes de la comunidad	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto, estructural	20 meses	Mejóro la conciencia y las actitudes Redujo temores y conductas discriminatorias
Fakolade et al., 2010 (5)	Nigeria	Integrantes de la comunidad	Informativa, contacto	4 años	Mejóro actitudes
Young et al., 2010 (6)	Perú	Integrantes de la comunidad	Informativa, desarrollo de capacidades	2 años	Redujo el estigma contra hombres pero no contra mujeres socialmente marginadas
Adam et al., 2011 (7)	Canadá, basado en Internet	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Informativa	4 meses	Mejóro actitudes y conocimientos Redujo conductas discriminatorias
Nambiar et al., 2011 (8)	India	Personas que viven con VIH	Informativa	14 días	Redujo manifestaciones de estigma No hubo cambios en el estigma sufrido o relacionado con la revelación
Tshabalala and Visser, 2011 (9)	Sudáfrica	Mujeres que viven con VIH	Informativa, desarrollo de capacidades	8 sesiones	Redujo el estigma internalizado No hubo cambios en manifestaciones de estigma
Nuwaha et al., 2012 (10)	Uganda	Integrantes de la comunidad	Informativa, apoyo de consejería, biomédica	2 años	Mejóro actitudes hacia personas que viven con VIH, creencias acerca de la revelación y las prácticas, y conductas personales de riesgo Incrementó la probabilidad de hacerse pruebas de VIH
Rao et al., 2012 (11)	Estados Unidos	Mujeres que viven con VIH	Informativa, desarrollo de capacidades, apoyo de consejería, contacto	2 días	Redujo el estigma internalizado
Smith Fawzi et al., 2012 (12)	Haití	Jóvenes que viven con VIH y las personas que los cuidan	Informativa, desarrollo de capacidades	1 año	Mejóro el apoyo social y redujo el sufrimiento psicológico en la población estudiada. Redujo el estigma entre personas que brindaban cuidados.
Catalani et al., 2013 (13)	India	Trabajadoras sexuales Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres Mujeres jóvenes casadas Hombres casados	Informativa	1 hora y media	Redujo los juicios negativos acerca de personas que viven con VIH y los temores a infectarse por VIH mediante contactos casuales

Jain et al., 2013 (14)	Tailandia	Integrantes de la comunidad	Informativa, contacto	1 año	Mejoró conocimientos sobre transmisión del VIH Redujo temor al VIH Redujo estigma internalizado
Jürgensen et al., 2013 (15)	Zambia	Integrantes de la comunidad	Informativa, contacto	4 años	Redujo estigma Mejoró actitudes Sin cambios en estigma percibido
Low et al., 2013 (16)	Kenia	Individuos Personas líderes de comunidades	Consejería y apoyo, biomédica	18 meses	Redujo estigma entre personas líderes de comunidades
Lakshmi and Sampathkumar, 2013 (17)	India	Personas que viven con VIH	Informativa, desarrollo de capacidades, apoyo de consejería	6 sesiones de 1 hora cada una	Mejoró actitudes
Mall et al., 2013 (18)	Sudáfrica	Integrantes de la comunidad	Informativa, desarrollo de capacidades, biomédica	2 años	Mejoró conocimientos, actitudes y conductas Incrementó la realización de pruebas de VIH
Nyamanthi et al., 2013 (19)	India	Mujeres que viven con VIH	Desarrollo de capacidades, apoyo de consejería	Seis sesiones de 45 minutos	Redujo el estigma internalizado y la evitación para sobrellevar situaciones
Barroso et al., 2014 (20)	Estados Unidos	Mujeres que viven con VIH	Informativa y desarrollo de capacidades mediante videos y periodismo	4 semanas	Redujo el estigma internalizado y estereotipos Mejoró la autoestima, autoeficacia para sobrellevar situaciones y relaciones sociales
Rivera et al., 2014 (21)	Estados Unidos	Personas que se inyectan drogas Personas con menos cobertura de seguros de la necesaria o carentes de ella	Informativa	1 sesión (asistir a una proyección)	Redujo la culpa y la vergüenza asociadas al VIH
Elamin et al., 2015 (22)	Sudán	Personas que viven con VIH	Informativa	6 meses	Incrementó conocimientos sobre el VIH Redujo completamente la percepción negativa del VIH como problema de salud
Rios-Ellis et al., 2015 (23)	Estados Unidos	Integrantes de la comunidad (personas latinas que no reciben asistencia)	Informativa	Una sesión de 60-90 minutos	Redujo el estigma relacionado con el VIH Mejoró el conocimiento, la disposición a hacerse la prueba y la comprensión de los riesgos frente al VIH
Bhatta and Liabsuetrakul, 2016 (24)	Nepal	Personas que viven con VIH y en tratamiento antirretrovírico	Informativa, consejería y apoyo, contacto	Seis sesiones de 1 hora y media	Redujo el estigma Mejoró la sensación de empoderamiento, apoyo social y calidad de vida
Chidrawi et al., 2016 (25)	Sudáfrica	Personas que viven con VIH y sus familiares, parejas, amistades, Integrantes de la comunidad y líderes espirituales	Informativa, consejería y apoyo, contacto	5 meses	Reducción de estigma sufrido por personas que viven con VIH Mejora en la conducta hacia personas que viven con VIH por parte de las personas que viven cerca de esta población
Payne-Foster et al., 2017 (26)	Estados Unidos	Integrantes de la comunidad (iglesia)	Informativa	Ocho módulos de 1 hora	Redujo el estigma a nivel individual
Li et al., 2017 (27)	Canadá	Personas que viven con VIH Líderes etnoraciales de comunidades racializadas de la diáspora	Informativa, contacto, aprendizaje colaborativo	12 meses	Redujo el estigma relacionado con el VIH, incrementó la disponibilidad a "encarar acciones por cambios sociales positivos"
France et al., 2019, (28)	Zimbabue	Personas que viven con VIH	Informativa, consejería y apoyo	12 semanas	Redujo la autoestigmatización la depresión

1. Apinundecha C, Laohasiriwong W, Cameron MP, Lim S. A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *AIDS Care*. 2007; 19:1157-65.
2. Boulay M, Tweedie I, Fiagbey E. The effectiveness of a national communication campaign using religious leaders to reduce HIV-related stigma in Ghana. *Afr J AIDS Res*. 2008;7(1):133-41.
3. Rimal RN, Creel AH. Applying social marketing principles to understand the effects of the Radio Diaries program in reducing HIV/AIDS stigma in Malawi. *Health Mark Q*. 2008; 25:119-46.
4. Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
5. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
6. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X, et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav*. 2011; 15:930-37.
7. Adam BD, Murray J, Ross S, Oliver J, Lincoln SG, Rynard V. Hivstigma.com, an innovative web—supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Educ Res*. 2011; 26:795-807.
8. Nambiar D, Ramakrishnan V, Kumar P, Varma R, Balaji N, Rajendram J, et al. Knowledge, stigma and behavioral outcomes among antiretroviral therapy patients exposed to Nalamdana's radio and theater program in Tamil Nadu, India. *AIDS Educ Prev*. 2011; 23(4):351-66.
9. Tshabalala J, Visser M. Developing a cognitive behavioural therapy model to assist women to deal with HIV and stigma. *South Afr J Psychol*. 2011;41(1):17-28.
10. Nuwaha F, Kasasa S, Wana G, Muganzi E, Tumwesigye E. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: Serial cross-sectional studies in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2): 17 423
11. Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2012; 26:614-20.
12. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: Implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med*. 2012;74(10):1494-503.
13. Catalani C, Castañeda D, Spielberg F. Development and assessment of traditional and innovative media to reduce individual HIV/AIDS-related stigma attitudes and beliefs in India. *Front Public Health*. 2013;1:21.
14. Jain A, Nuankaew R, Mongkholwiboolphol N, Banpabuth A, Tuvunun R, Oranop Na Ayuthaya P, et al. Community-based interventions that work to reduce HIV stigma and discrimination: results of an evaluation study in Thailand. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl.2):18 711.
15. Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Soc Sci Med*. 2013; 81:18-25
16. Low C, Pop-Eleches C, Rono W, Plous E, Kirk A, Ndege S, et al. The effects of home-based HIV counseling and testing on HIV/AIDS stigma among individuals and community leaders in western Kenya: evidence from a cluster-randomized trial 1,2. *AIDS Care*. 2013;25:S97-107.
17. Lakshmi MG, Sampathkumar A. Impact of psycho-education on stigma in people living with HIV/AIDS. *Int J Soc Sci Tomorrow* 2013;2:1-10.
18. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2013;25:194-201.
19. Nyamathi A, Ekstrand M, Salen BE, Sinha S, Ganguly KK, Leake B. Impact of Asha intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *West J Nurs Res*. 2013;35(7):876-83.

20. Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(9):489-98.
21. Rivera AV, DeCuir J, Crawford ND, Amesty S, Harripersaud K, Lewis CF. Factors associated with HIV stigma and the impact of a nonrandomized multi-component video aimed at reducing HIV stigma among a high-risk population in New York City. *AIDS Care*. 2015;27(6):772-6.
22. Elamin MO, Ahmed HRM, Ali FF. Effect of innovative intervention in eliminating stigma and discrimination among people living with AIDS in Khartoum state, Sudan 2013. *Eur Sci J*. 2015;11:15.
23. Ríos-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodríguez S, Díaz G, Carricchi A, et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved latinos in the southwestern U.S. *Publ Health Rep*. 2015;130(5):458-67.
24. Bhatta DN, Liabsuetrakul T. Efficacy of a social self-value empowerment intervention to improve quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral treatment in Nepal: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2017;21:1620-31.
25. Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196-205.
26. Payne-Foster P, Bradley ELP, Aduloju—Ajijola N, Yang X, Gaul Z, Parton J, et al. Testing our FAITHH: HIV stigma and knowledge after a faith-based HIV stigma reduction intervention in the Rural South. *AIDS Care*. 2018;30(2):232-9.
27. Li ATW, Fund KPL, Maticka-Tyndale E, Wong JPH. Effects of HIV stigma reduction interventions in diasporic communities: insights from the CHAMP study. *AIDS Care*. 2018;30(6):739-45.
28. France NF, Macdonald SHF, Conroy RR, Chiroro P, Cheallaigh DN, Nyamucheta M, et al. "We are the change":an innovative community-based response to address self-stigma – a pilot study focusing on people living with HIV in Zimbabwe. *PloS One*. 2019;14(2):e0213465.

Anexo 2: Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos laborales

Referencia	País	Población estudiada	Intervención	Duración	Resultados
Richter et al., 2012 (1)	Angola, Camerún, Chad, Côte D'Ivoire, Guinea Ecuatorial, Kenia, Nigeria	Personal en entornos laborales	Informativa, desarrollo de capacidades	15 sesiones de media hora durante 12-18 meses	Mejóro actitudes y conocimientos acerca del VIH, el estigma y la discriminación asociados al VIH
Poteat et al., 2017 (2)	38 países	2825 participantes, incluyendo personal de PEPFAR y personas que implementan programas, personal del gobierno de Estados Unidos y actores locales	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto	Formación de un día	Mejóro actitudes hacia personas de minorías de género y sexuales Mejóro la autoeficacia para encarar acciones que reduzcan el estigma y la discriminación Incrementó el conocimiento de las organizaciones que apoyan la salud y los derechos humanos de las minorías de género y sexuales en el país.

PEPFAR: Plan de emergencia del Presidente de Estados Unidos para alivio del Sida

1. Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2012;24:180-85.
2. Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PloS One*. 2017;12(9):e0184484.

Anexo 3: Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos educativos

Referencia	País	Población estudiada	Intervención	Duración	Resultados
Paxton, 2002 (1)	Australia	Estudiantes (nivel secundario)	Contacto	12 charlas; seguimiento: 3 meses	Mejóro actitudes (aunque en el seguimiento se reveló que se reducían las mejoras)
Lau et al., 2005 (2)	Región Administrativa Especial de Hong Kong, China	Estudiantes (9no y 10mo grados)	Informativa, contacto	2 semanas	Mejóro conocimientos Redujo actitudes discriminatorias y percepciones negativas hacia personas que viven con VIH
Deutsch, 2007 (3)	Estados Unidos	Estudiantes (universidad)	Informativa, video para desarrollar capacidades		Mejóro actitudes Redujo estigma
Norr et al., 2007 (4)	Malawi	Docentes	Informativa, desarrollo de capacidades, uso de grupos de pares	Seis sesiones de 2 horas	Mejóro conocimientos, actitudes, autoeficacia, intención de cambio y conductas personales de riesgo frente al VIH Algunas mediciones de estigmatización no variaron
Bell et al., 2008 (5)	Sudáfrica	Estudiantes (nivel primario) Personas que cuidan	Desarrollo de capacidades	Diez sesiones de 90 minutos	Mejóro conocimientos y redujo el estigma entre estudiantes
Bekele and Ali, 2008 (6)	Etiopía	Estudiantes (nivel secundario)	Informativa, desarrollo de capacidades	8 horas	Redujo el estigma
Sorcar, 2009 (7)	India	Estudiantes (nivel secundario y terciario)	Informativa	3 estadios, 1 año	Mejóro el conocimiento y las actitudes Redujo temores Incrementó la probabilidad de buscar información sobre VIH en forma independiente
Brown, 2009 (8)	Sudáfrica	Estudiante (universitario)	Informativa, contacto	3 semanas	Mejóro actitudes hacia personas que viven con VIH Incrementó el interés en aprender más sobre VIH y la disponibilidad a apoyar a personas que viven con VIH cuando lo necesiten
Chao et al., 2010 (9)	Sudáfrica	Docentes	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto, apoyo de consejería	Curso interactivo por computadora o 2 días de taller sobre cuidados y apoyo	Mejóro conocimientos Redujo actitudes estigmatizantes
Li et al., 2011 (10)	China	Estudiantes (nivel secundario)	Informativa	Ocho sesiones de 90 minutos	Mejóro conocimientos Redujo actitudes estigmatizantes
Denison et al., 2012 (11)	Zambia	Estudiantes (8vo y 9no grado)	Informativa, desarrollo de capacidades	1 mes	Mejóro conocimientos, actitudes, autoeficacia, y conductas personales de riesgo
Harper et al., 2014 (12)	Estados Unidos	Jóvenes (16-24 años) con diagnóstico reciente de VIH ¹	Informativa, desarrollo de capacidades, apoyo de consejería	Dos sesiones individuales y nueve sesiones semanales grupales de 2 horas; seguimiento: 3 meses	Mejóro estigma personalizado, preocupaciones acerca de la revelación, y autoimagen posintervención. No hubo cambios positivos en la preocupación acerca de las actitudes del público en general. El análisis por género muestra resultados positivos para los varones jóvenes posintervención y en el seguimiento
Kerr et al., 2015 (13)	Estados Unidos	Adolescentes afroestadounidenses	Informativa	12 meses	Mejóro el conocimiento acerca del VIH Redujo el estigma

¹ 60% de quienes participaron en el estudio asistían a establecimientos educativos.

1. Paxton S. The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Educ Prev.* 2002; 14:282-94.
2. Lau JT, Tsui HY, Chan K. Reducing discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Hong Kong: an intervention study using an integrated knowledge-based PLWHA participation and cognitive approach. *AIDS Care.* 2005; 17:85—101.
3. Deutsch H. Reducing HIV stigma: a common group identity perspective. Honours project. Bloomington, IL: Illinois Wesleyan University; 2007.
4. 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrazábal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73-86.
5. Bell CC, Gibbons RT, Amatya AP, Bhana AN, Petersen IE, McKay MM, et al. Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black youths: a randomized control trial. *J Natl Med Assoc.* 2008; 100:936-44.
6. Bekele A, Ali A. Effectiveness of IEC interventions in reducing HIV/AIDS related stigma among high school adolescents in Hawassa, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2008;22:232-42.
7. Sorcar P. Teaching taboo topics without talking about them: an epistemic study of a new approach to HIV/AIDS prevention education in India. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
8. Borwn DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI:ProQuest Information & Learning; 2009.
9. Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS stigma attitudes among educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561-9.
10. Li X, Zhang L, Mao R, Zhao Q, Stanton B. Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Educ Res.* 2011;26:419-31.
11. Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torepy K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian schools. *Health Educ Res.* 2012;27:237-47.
12. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543-54.
13. Kerr JC, Valois RF, DiClemente RJ, Carey MP, Stanton B, Romer D, et al. The effects of a mass media HIV-risk reduction strategy on HIV-related stigma and knowledge among African American adolescents. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29:150-56.

Anexo 4: Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en entornos sanitarios

Referencia	País	Población estudiada	Intervención	Duración	Resultados
Ezedinachi, 2002 (1)	Nigeria	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades	30 talleres, 1 año de seguimiento	Mejóó actitudes Redujo temores Incrementó conocimientos sobre los derechos de las personas que viven con VIH Mejóó el clima de los tratamientos
Al-Mazrou et al., 2005 (2)	Arabia Saudita	Estudiantes (carreras paramédicas)	Informativa	1 año	Mejóó conocimiento y actitudes Incrementó la preferencia por la confidencialidad
Williams et al., 2006 (3)	China	Personal de enfermería	Informativa, desarrollo de capacidades	Taller de 5 días	Mejóó conocimientos y actitudes hacia personas que viven con VIH y la disposición a tratarlas
Pisal et al., 2007 (4)	India	Personal de enfermería	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto	4 días	Incrementó conocimientos Redujo temores y estigma (salvo cuando se trataba de limpiar heces y orina de personas con VIH)
Khuat Thi Hai et al., 2008 (5)	Viet Nam	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto, estructural	Taller de 1 día, formación de 1 día y medio (grupo A), formación de 2 días (grupo B)	Redujo temores y estigmas basados en valores Redujo conductas y prácticas discriminatorias
Wu et al., 2008 (6)	China	Personas que prestan servicios de salud	Informativa, desarrollo de capacidades	Sesión de 4 horas; seguimientos a los 3 y 6 meses	Mejóó conocimientos y actitudes Mejóó la probabilidad de que protejan la confidencialidad y derechos de pacientes
Kaponda et al., 2009 (7)	Malawi	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades		Mejóó conocimiento y actitudes Redujo el estigma Incrementó la autoeficacia
Uys et al., 2009 (8)	Lesoto, Malawi, Sudáfrica, Suazilandia, República Unida de Tanzania	Personal de enfermería de instituciones, equipos de enfermería, personas que viven con VIH	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto	5 días, 10 talleres	Redujo el estigma sufrido Incrementó la autoestima entre personas que viven con VIH No redujo el estigma sufrido Mejóó conductas personales de realización de pruebas entre enfermeros/as.
Wang et al., 2009 (9)	China	Personal médico	Desarrollo de capacidades	Programa de capacitación de 10 días sobre conocimientos relacionados con VIH y consejería para la reducción de riesgos	Incrementó el conocimiento Redujo estigma
Yiu et al., 2010 (10)	Región Administrativa Especial de Hong Kong, China	Estudiantes (enfermería)	Informativa, contacto	Conferencia de 50 minutos, 6 semanas de seguimiento	Mejóó conocimiento y disposición a tratar Redujo actitudes estigmatizantes y temor a infectarse

Neema et al., 2012 (11)	Uganda	Personas que consultan en servicios de VIH	Desarrollo de capacidades	18 meses	Redujo la autoestigmatización Mejoró conocimientos, autoestima y comunicación
Norr et al., 2012 (12)	Chile	Personal de salud	Intervención informativa, en grupo de pares	8 sesiones 3 meses de seguimiento	Mejoró conocimiento, actitudes y conductas personales de riesgo asociados al VIH
Li et al., 2013 (13)	China	Personas que prestan servicios de salud	Informativa, desarrollo de capacidades, estructural	14 meses	Redujo actitudes y conductas estigmatizantes Incrementó apoyo institucional en el hospital
Li et al., 2013 (14)	China	Personas que prestan servicios de salud	Informativa, desarrollo de capacidades,	4 sesiones semanales grupales durante un mes	Mejoró actitudes y conductas hacia personas que viven con VIH
Arora et al., 2014 (15)	India	Estudiantes de enfermería	Informativa, desarrollo de capacidades	5 días	Incrementó conocimientos sobre VIH y Sida Mejoró creencias acerca del VIH y Sida
Li et al., 2015 (16)	China	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades, estructural	12 meses	Mejoró actitudes y conductas (adherencia a protocolo de precauciones universales)
Pulerwitz et al., 2015 (17)	Viet Nam	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades, estructural, contacto	6 meses	Redujo actitudes estigmatizantes y conductas discriminatorias
Lohiniva et al., 2016 (18)	Egipto	Personal de salud	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto	4 meses	Redujo el estigma basado en valores y temores
Batey et al., 2016 (19)	Estados Unidos	Personal de salud Personas que viven con VIH	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto	Taller de 1 día y medio (total 12 horas)	Incrementó conciencia del estigma entre personal de salud Redujo preocupaciones para personas que viven con VIH
Geibel et al., 2016 (20)	Bangladés	Personas que prestan servicios de salud	Informativa, desarrollo de capacidades,	3 sesiones de 90 minutos	Redujo actitudes estigmatizantes Mejoró las experiencias de los/as jóvenes

1. Ezedinachi E. The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria a controlled trial. *Publ Health.* 2002;116:106-12.
2. Al-Mazrou YY, Abouzeid MS, Al-Jeffir MH. Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS. *Saudi Med J.* 2005;26:1788-95.
3. Williams AB, Wang H, Burgess J, Wu C, Gong Y. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *J Adv Nurs.* 2006;53:710-20.
4. Pisal H, Sutar S, Sastry J, Kapadia-Kundu N, Joshi A, Joshi M, et al. Nurses' health education program in India increases HIV knowledge and reduces fear. *J Assoc Nurses AIDS care.* 2007;18(6):32-43.
5. Khuat TO, Ashburn K, Pulewitz J, Ogden J, Nyabblade L. Improving hospital-based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination, a Horizons final report. Washington, DC: Population Council; 2008.
6. Wu S, Li L, Wu Z, Liang L-J, Cao H, Yan Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDS.* 2008;22:6.

7. Kaponda CPN, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviours for urban hospital workers in Malawi. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(3):230-42.
8. Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(12):1059-66.
9. Wang D, Operario D, Hong Q, Zhang H, Coates TJ. Intervention to train physicians in rural China on HIV/STI knowledge and risk reduction counseling: preliminary findings. *AIDS Care*. 2009;21:468-72.
10. Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2010;71:38-44.
11. Neema S, Atuyambe LM, Otolok-Tanga E, Twijukye C, Kambugu A, Thayer L, et al. Using a clinic based creativity initiative to reduce HIV related stigma at the infectious diseases institute, Mulago national referral hospital, Uganda. *Afr Health Sci*. 2012; 12:2.
12. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23:73-86.
13. Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health*. 2013; 103:286-92.
14. Li L, Guan J, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Popular opinion leader intervention for HIV stigma reduction in health care settings. *AIDS Educ Prev*. 2013;25(4):327-35.
15. Arora, S, Jyoti, S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *Int J Nurs Educ*. 2014;6:89-93.
16. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care*. 2015;27(12):1439-42.
17. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav*. 2015;19:246-56.
18. Lohiniva AL, Benkirane M, Nuamir T, Madhy A, Saleh H, Zahran A, et al. HIV stigma intervention in a low-HIV prevalence setting: A pilot study in an Egyptian healthcare facility. *AIDS Care*. 2016;28(5):644-52
19. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and implementation of an intervention to reduce HIV-related stigma among healthcare workers in the United States: Piloting of the FRESH Workshop. *AIDS Patient Care STDS*. 2016;30(11):519-27.
20. Geibel S, Hossain SM, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health*. 2017;60(2S2):S35-44.

Anexo 5: Intervenciones para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH en sistemas de justicia

Referencia	País	Población estudiada	Intervención	Duración	Resultados
Argento et al., 2011 (1)	India	Trabajadoras/ es sexuales Lesbianas, gays y personas transgénero Policía Población en general	Estructural -nivel comunitario	4 años al momento de la evaluación	Redujo la violencia de agentes de policía hacia trabajadoras/ es sexuales
Gurnani et al., 2011 (2)	India ¹	Trabajadoras sexuales Funcionariado de gobierno Policía Periodistas Personal de salud	Desarrollo de capacidades, apoyo de consejería, contacto, estructural	4 años	Trabajadoras sexuales empoderadas Mejóro relación con los servicios de salud y las respuestas de quienes diseñan políticas Incrementó la cantidad de artículos no estigmatizantes en los medios Redujo el estigma por parte de agentes de policía
Beletsky et al., 2012 (3)	Kirguistán	Policía	Informativa, desarrollo de capacidades, estructural (políticas a nivel nacional)	Casi 2 años al momento de la evaluación	Mejóro conocimientos y actitudes sobre reducción de daños y políticas acerca de trabajadoras/es sexuales
Beletsky et al., 2013 (4)	Kirguistán	Policía	Informativa, desarrollo de capacidades, estructural	46 horas de formación	Mejóro conocimiento de políticas sobre trabajadoras/ es sexuales y la probabilidad de derivación a servicios de reducción de daños Redujo los intentos de confiscar jeringas
Gruskin et al., 2013 (5)	Kenia	Personas que viven con VIH Sobrevivientes de violencia de género Personas que prestan servicios	Informativa, desarrollo de capacidades, contacto, estructural (mejoró el acceso a servicios legales) ²		Mejóro alfabetización jurídica, capacidad de comunicarse con quienes prestan servicios de salud, acceso a atención sanitaria y a la justicia por parte de personas que viven con VIH Mejóro el conocimiento acerca de prácticas discriminatorias y violaciones a los derechos humanos entre quienes prestan servicios de salud

¹ La evaluación incluyó una prueba antes y después de la intervención.

² Se evaluaron tres intervenciones legales, de distinta duración.

1. Argento E, Reza-Paul S, Lorway R, Jain J, Bhagya M, Fathima M, et al. Confronting structural violence in sex work: lessons from a community-led HIV prevention project in Mysore, India. *AIDS Care*. 2011;23(1):69-74.
2. Gumani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health*. 2011;11:755.
3. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34-8.
4. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(Suppl.1):S48-52.
5. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.

Derechos de autor © 2020
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)
Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

ONUSIDA/JC2990S

Documento liderado por el Secretariado del ONUSIDA y revisado por miembros de la Alianza Mundial para la Eliminación de todas las formas de Estigma y Discriminación asociadas al VIH y el equipo de Comunidades, Derechos y Genero del Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Grupo de trabajo de los coorganizadores de la Alianza mundial:



Miembros del Grupo de Trabajo técnico de la Alianza Mundial que aportaron su tiempo y experiencia para la revisión del documento:



ONUSIDA
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org