

# ENFRENTANDO LAS DESIGUALDADES

Lecciones para la respuesta a pandemias de  
40 años de la respuesta al sida





# CONTENIDO

## 6 PRÓLOGO

### 8 INTRODUCCIÓN Y RESUMEN

### 42 SERVICIOS DE VIH: ÉXITOS Y DESAFÍOS

#### 44 01. Prevención combinada del VIH

46 Datos sobre el VIH  
66 Casos de estudio

#### 82 02. Pruebas y tratamiento

84 Datos sobre el VIH  
94 Casos de estudio

#### 108 03. Poner fin al sida pediátrico y eliminar la transmisión vertical

110 Datos sobre el VIH  
118 Casos de estudio

## 126 LA ÓPTICA DE LA DESIGUALDAD

#### 128 04. Liderazgo comunitario

132 Casos de estudio

#### 136 05. Igualdad de género

138 Datos sobre el VIH  
146 Casos de estudio

#### 154 06. Eliminar las leyes y políticas punitivas

156 Datos sobre el VIH  
162 Casos de estudio

#### 166 07. Acabar con el estigma y la discriminación

168 Datos sobre el VIH

#### 178 08. Protección social

181 Datos sobre el VIH  
184 Casos de estudio

## IV

188 **ACELERAR LA ACCIÓN SOBRE LAS PANDEMIAS Y LA SALUD MUNDIAL**

- 190 **09. Inversiones para acabar con el sida**
  - 192 Datos sobre el VIH
  - 202 Casos de estudio
- 206 **10. COVID-19 Y VIH**
  - 210 Datos sobre el VIH
  - 216 Casos de estudio
- 224 **11. Integración y cobertura sanitaria universal**
  - 226 Datos sobre el VIH
  - 228 Casos de estudio
- 230 **12. Poblaciones móviles**
  - 232 Casos de estudio

## V

240 **PERFILES REGIONALES**

- 242 **África oriental y meridional**
  - 253 Casos de estudio
- 256 **África occidental y central**
  - 267 Casos de estudio
- 274 **Asia y el Pacífico**
  - 287 Casos de estudio
- 290 **América Latina**
  - 302 Casos de estudio
- 306 **Caribe**
  - 317 Casos de estudio
- 320 **Medio Oriente y África del Norte**
  - 332 Casos de estudio
- 336 **Europa oriental y Asia central**
  - 346 Casos de estudio
- 350 **Europa occidental y central y Norteamérica du Nord**
  - 358 Casos de estudio

362 **ANEXO SOBRE MÉTODOS**

Crédito : ONUSIDA



# PRÓLOGO

Nos encontramos en un punto de inflexión crítico en una pandemia de sida que está lejos de haber terminado. Lo que muchos dijeron sería imposible, movilizar respuestas de salud públicas al VIH basadas en ciencia de vanguardia y los derechos a una escala mundial, se ha demostrado que se puede lograr. Este reporte muestra cómo se han logrado progresos notables en diversos países y comunidades. Estos logros demuestran lo que es posible cuando no aceptamos el estatus quo y, en cambio, confrontamos las desigualdades que están en la raíz de tanto sufrimiento innecesario.

Estamos entrando en una nueva era en este esfuerzo histórico para erradicar el sida. Cuarenta años desde que se reportaron los primeros casos de sida, 25 años desde el establecimiento de ONUSIDA y 20 años desde la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la respuesta mundial al sida debe cambiar para volver a encaminarse en erradicar el sida para el 2030. Tenemos que aprovechar y ampliar lo que está funcionando y trabajar aún más para poner fin a las desigualdades que son claramente visibles en los datos contenidos en este informe. Tenemos una nueva Estrategia Mundial contra el sida y una nueva y ambiciosa Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas en la cual se exhorta a todos los países y a todas las comunidades a implementar estos cambios para poner fin al sida.

En la actualidad, han transcurrido 18 meses desde que inicio la pandemia de COVID-19, y el mundo ha cambiado más de lo que podríamos haber imaginado. Nos

enfurecemos contra las injusticias de las desigualdades que COVID-19 ha expuesto y exacerbado, y pedimos un suministro equitativo de vacunas contra COVID-19, como bien público mundial, una vacuna popular, disponible para todos, en todos lados. Si bien algunos países desean controlar COVID-19, la segregación de vacunas está reteniendo a la mayor parte del mundo, condenado a años de crisis y crecientes desigualdades.

A pesar de los notables avances en la respuesta mundial al VIH, las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida siguen siendo inaceptablemente altas. La epidemia del VIH continúa creciendo en países y comunidades donde los beneficios de la ciencia y los derechos humanos aún no llegan a quienes se quedan atrás. El sida sigue siendo una de las pandemias más mortíferas de nuestro tiempo: a pesar del compromiso mundial para reducir las muertes relacionadas con el sida y las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 para fines del 2020, el año pasado 680 000 personas perecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida y 1.5 millones de personas se infectaron recientemente con el VIH.

Tenemos el conocimiento y las herramientas para prevenir cada nueva infección por VIH y evitar cada muerte relacionada con el sida. Las desigualdades existentes y en aumento, incluyendo las relacionadas al acceso a la atención sanitaria, desigualdades de género y raciales y la negación de los derechos humanos de las personas, están obstruyendo el progreso en la respuesta al VIH y en el manejo de la pandemia del sida.

Para volver a encaminarnos para erradicar el sida, tenemos que cambiar nuestro enfoque. Debemos identificar las desigualdades que determinan en gran medida quién tiene acceso a los servicios de VIH que satisfacen sus necesidades, quién está experimentando la transmisión del VIH y quién está muriendo. Luego, debemos adaptar la respuesta al sida para dar prioridad a los programas, leyes, políticas y servicios que fortalezcan a los que aún están rezagados y eliminar esas desigualdades.

Este informe de Actualización Mundial sobre el sida destaca cómo los medicamentos antirretrovirales, que antes se consideraban demasiado caros y complicados para las personas en entornos de bajos recursos, están ahora disponibles para más de 27.5 millones de personas que viven con VIH. Por lo menos ocho países en una variedad de entornos geográficos, epidemiológicos y socioeconómicos han logrado los objetivos de pruebas y tratamiento de 90–90–90. A nivel mundial en el 2020, el 84% (31.6 millones) de las personas que viven con VIH conocían su estatus de VIH, el 73% (27.4 millones) tenían acceso a el tratamiento y el 66% (24.8 millones) fueron suprimidos viralmente. Este es un logro importante, pero no hemos cumplido todas las metas mundiales de VIH para el 2020. Ahora debemos analizar lo que estos porcentajes ocultan. ¿Quiénes forman parte del 34% que no están suprimidos viralmente y por qué? ¿Qué nuevas tecnologías, modelos de servicio y trabajo que reclame derechos asegurarán que la supresión viral sea equitativa?



Este informe muestra que en África subsahariana, seis de cada siete nuevas infecciones por VIH entre los adolescentes (15 a 19 años) se dan entre las niñas, y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) tienen el doble de probabilidades de vivir con VIH que los hombres. Para hacer frente a esta desigualdad, una pieza clave es mantener a las niñas en las escuelas secundarias, lo que reduce en gran medida el riesgo de contraer VIH y produce otros beneficios sociales y económicos que promueven la salud, la igualdad de género y el desarrollo. La pandemia de COVID-19 ha dejado a muchos niños fuera de la escuela, lo que coloca —especialmente a las niñas— en un mayor riesgo de contraer el VIH. Vincular la educación con la prevención del VIH con base científica y los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos podría ponerle fin a esta disparidad y ayudar a erradicar el sida.

Cuando analizamos los datos, vemos rápidamente la disminución de nuevas infecciones por VIH entre las poblaciones claves cuando se

les proporciona los servicios que necesitan.

En Estonia, por ejemplo, las infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas se desplomaron después de ampliar la reducción integral de daños. Sin embargo, regiones enteras han tenido poco avance —o incluso rebrotos de epidemias— impulsadas por leyes y políticas que marginan y criminalizan poblaciones claves, y les niegan acceso a los servicios. Las brechas entre aquellos para quienes la respuesta al VIH está funcionando y aquellos para quienes está fallando están creciendo. Debemos cerrar esas brechas, que exigirán reformar las leyes punitivas y re-imaginar los servicios contra el VIH, de manera que las tasas de VIH y las muertes relacionadas con el sida disminuyan equitativamente en toda la geografía, identidad e ingresos.

La nueva Estrategia Mundial sobre el sida 2021-2026: Poner fin a las Desigualdades, poner fin al sida y la recientemente adoptada Declaración

Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida: Poner fin a las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para el 2030 proporciona un nuevo impulso urgente para que todos los países y todas las comunidades vuelvan a encarrilarse.

Hago un llamado a todos los países para que se basen en ese impulso y cumplan sus promesas y responsabilidades. De igual manera, les insto a que examinen sus datos nacionales y sub-nacionales, identifiquen las brechas en sus respuestas al VIH y apliquen un objetivo de igualdad para cerrar esas brechas y aplicar la Estrategia Mundial contra el sida y la Declaración Política sobre el sida en su totalidad.

Como muestra este informe: Si ponemos fin a las desigualdades, acabaremos con el sida.

**Winnie Byanyima**  
Directora Ejecutiva de ONUSIDA

# INTRODUCCIÓN Y RESUMEN



# ENFRENTANDO LAS DESIGUALDADES

**A** medida que avanza el verano en el hemisferio norte a mediados de 2021, la conversación entre familias y amigos recién vacunados alrededor de las barbacoas y toallas playeras en los países desarrollados es que la vida parece estar regresando a la normalidad.

Lo normal en el primer cuarto del siglo XXI es una visión tensa. Normal significa personas centibillonarias que navegan en yates gigantescos en el Mediterráneo mientras las personas migrantes que huyen de conflictos y el hambre se ahogan en esas mismas aguas. Normal significa que las mujeres y las niñas en gran parte del mundo no pueden elegir si casarse o formar una familia y cuándo. Normal significa el acoso, encarcelamiento o asesinato por rechazar el género asignado al nacer, o por elegir pasar la noche o el resto de su vida con una persona del mismo sexo. Normal significa que el color de su piel puede determinar si una persona oficial de policía sirve y protege, o se para en su cuello. Normal significa que su sexo, género, raza y nivel de ingresos determinarán en gran medida si tiene los medios y las herramientas necesarias para protegerse de las enfermedades y mantenerse saludable. Normal significa que 680 000 personas mueren por causas relacionadas con el sida debido a que más de 10 millones de personas viven con VIH, incluyendo 800 000 niños, no están accediendo a un tratamiento que les salve la vida, que debería ser barato y de fácil acceso.

Normal es un mundo claramente desigual, tanto entre los países como dentro de ellos, y la pandemia de COVID-19 está ampliando muchas de estas desigualdades. Por ejemplo, las mujeres y las niñas tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo están bajo mayor amenaza de violencia doméstica durante los confinamientos a causa de COVID-19 (1, 2). La exclusión de las personas no ciudadanas de los sistemas nacionales de salud y protección social ha dejado a las personas migrantes y otras poblaciones en situación de movilidad especialmente vulnerables durante la pandemia del coronavirus. Las trabajadoras sexuales en Europa occidental que ya tienen un riesgo alto de contraer VIH han experimentado una disminución de clientes e ingresos, y la mayoría no puede acceder a los planes de apoyo debido a Covid-19 por parte del gobierno (3).

Las vacunas contra COVID-19 que podrían salvar millones de vidas llegan a los países en desarrollo a medida que nuevas olas de infecciones amenazan con colapsar sus sistemas de salud con financiación insuficiente. A fines de junio de 2021, solo el 1% de las personas en países de ingresos bajos y el 11% en países de ingresos medio-bajos habían recibido al menos una dosis de una vacuna contra COVID-19 que podría salvar vidas, en comparación con el 46% en los países de ingresos altos (4).



Crédito: ONUSIDA

Esto tiene enormes implicaciones para las personas que viven con VIH. Los países de ingresos bajos y de ingresos medio-bajos albergan a la mayoría de las personas del mundo que viven con VIH, y cada vez hay más pruebas que indican que las personas que viven con VIH que contraen la infección por SARS-CoV-2 corren un mayor riesgo de enfermedad grave por COVID-19 y muerte (5, 6). En el África subsahariana, donde dos tercios (67%) de las personas que viven con VIH residían en el 2020 (Figura 0.1), las tasas más altas de cobertura de vacunación con una dosis de COVID-19 en junio de 2021 fueron Guinea Ecuatorial (19%), Botsuana y Zimbabue (9% cada uno) y Namibia (6%). Ningún otro país de la región superó el 5% (Gráfico 0,2). Después de pasar décadas luchando por acceso a los medicamentos contra el VIH disponibles en los países ricos, a las personas que viven con VIH en el mundo en desarrollo se les niega una vez más el derecho a la salud por parte de un sistema internacional que genera ganancias sobre las personas.

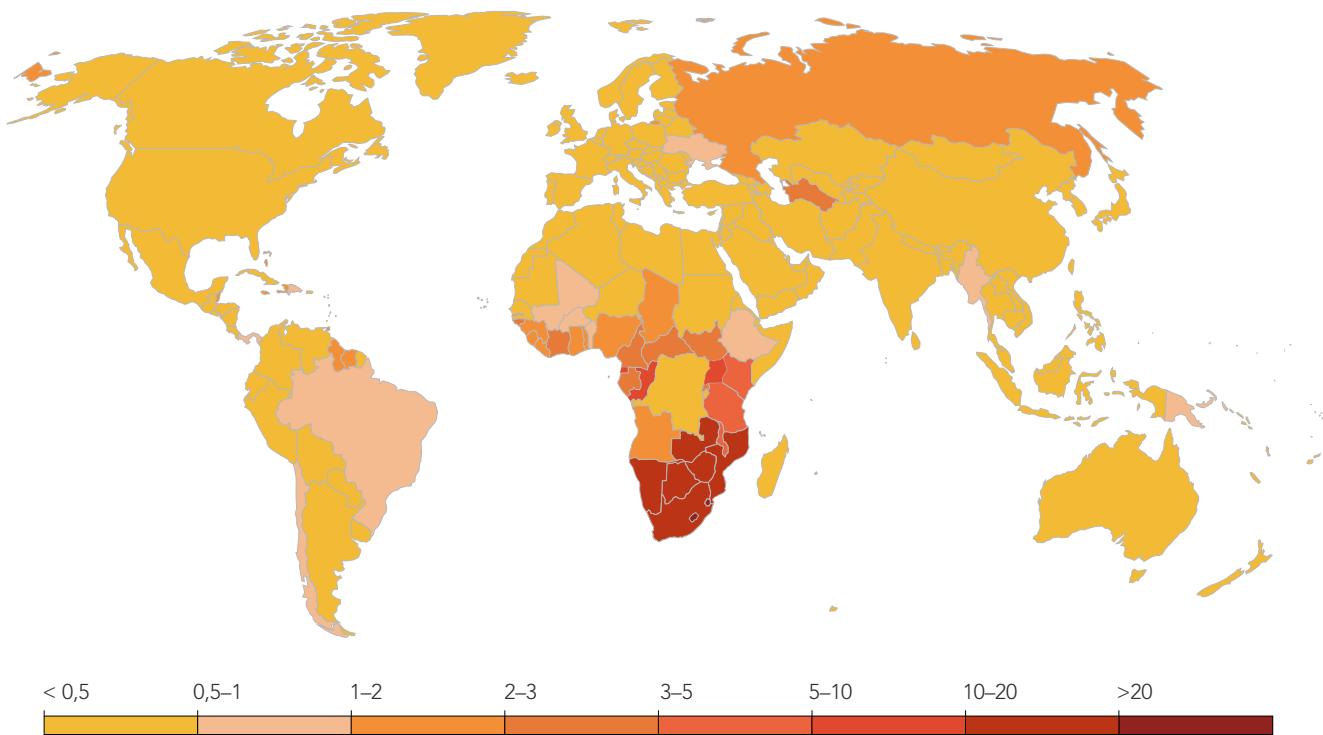
A medida que el mundo responde a COVID-19 y se prepara para futuras pandemias, sería mucho más favorecido con un análisis y aplicación minuciosa de las lecciones aprendidas durante los 40 años de lucha contra el VIH. Los datos y casos de estudio compilados por ONUSIDA en el informe de Actualización mundial sobre el sida de este año muestran que se han obtenido grandes logros contra el sida cuando se movilizan recursos suficientes y cuando las comunidades más afectadas están facultadas para asegurar que esos recursos se utilicen equitativamente. Por el contrario, la división, la disparidad y el desprecio por los derechos humanos se encuentran entre los fracasos que han permitido que el VIH siga siendo una crisis sanitaria mundial.



El VIH continúa siendo una crisis sanitaria mundial. En el 2020, hubo:

- 37.7 millones de personas que viven con VIH, incluyendo 10.2 millones de personas que no estaban en tratamiento.
- 1.5 millones de nuevas infecciones por VIH.
- 680 000 muertes relacionadas con el SIDA.

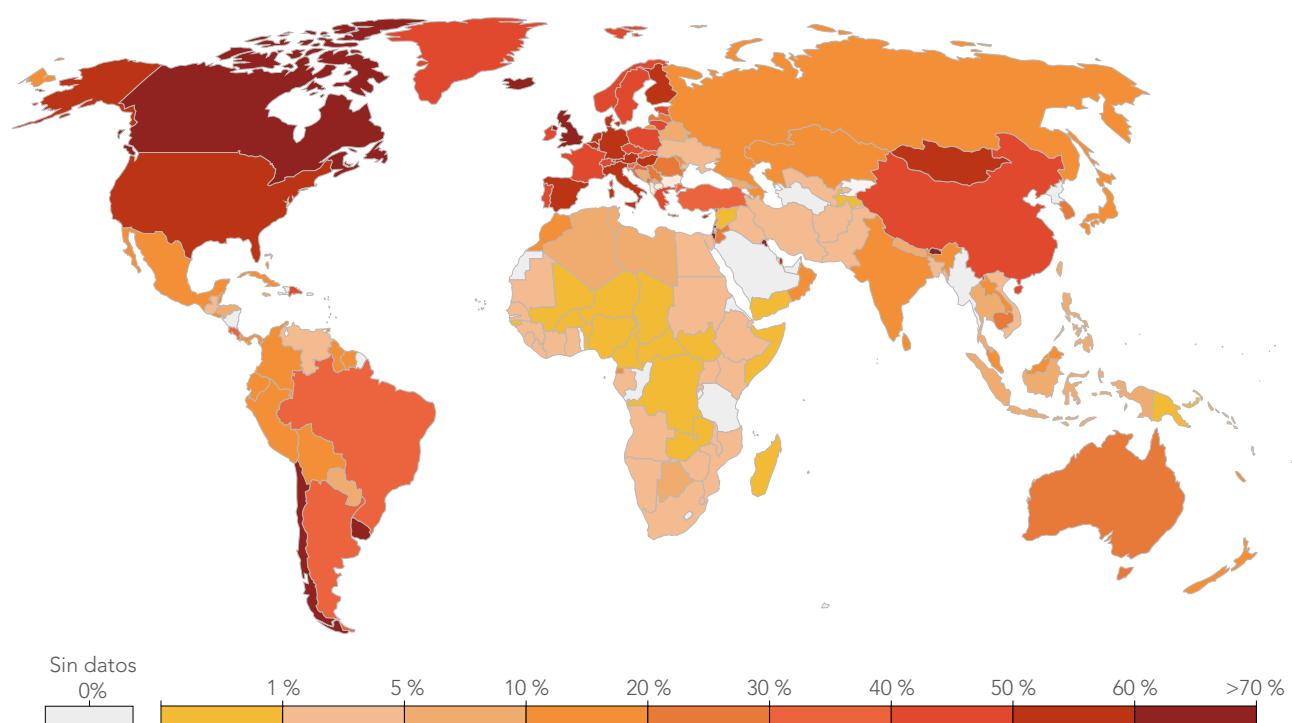
FIGURA 0.1 | PREVALENCIA DEL VIH EN ADULTOS (15 A 49 AÑOS DE EDAD), MUNDIAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

Nota: Los datos incluyen 244 países y territorios.

FIGURA 0.2 | PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL QUE HA RECIBIDO AL MENOS UNA DOSIS DE VACUNA CONTRA EL COVID-19, POR PAÍS, AL 23 DE JUNIO DE 2021



Fuente: Datos oficiales recopilados por Our World In Data (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).

Nota: La cobertura de la vacuna indicada puede no ser igual a la proporción que está completamente vacunada si la vacuna requiere dos dosis.

Los objetivos 90–90–90 no se lograron, pero por un margen estrecho. A finales de 2020, el 84% de las personas que viven con VIH conocían su estatus por VIH, el 87% de las personas que viven con VIH que sabían su estatus por VIH estaban recibiendo terapia antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento habían suprimido su carga viral.

## **Tomando como base dos décadas de progreso en la lucha contra el sida**

El nuevo coronavirus se encuentra en la cima de una lista de patógenos pandémicos que la humanidad hasta ahora no ha podido controlar, y mucho menos eliminar. Entre ellos está el VIH. Cuarenta años después de que se documentaran los primeros casos de sida, el mundo debe estimar los 1.5 millones [1.0 millón–2.0 millones] de nuevas infecciones por el VIH y 680 000 [480 000–1 000 000] de muertes por causas relacionadas con el sida ocurridas en el 2020. En el 2020 había 37.7 millones [30.2 millones–45.1 millones] de personas que viven con VIH, incluyendo 10.2 millones [9.8 millones–10.2 millones] que no estaban en tratamiento contra el VIH. Entre las personas que no reciben tratamiento, unos 4.1 millones no conocían su estatus de VIH positivo y 6.1 millones conocían su estatus de VIH, pero no podían acceder al tratamiento.

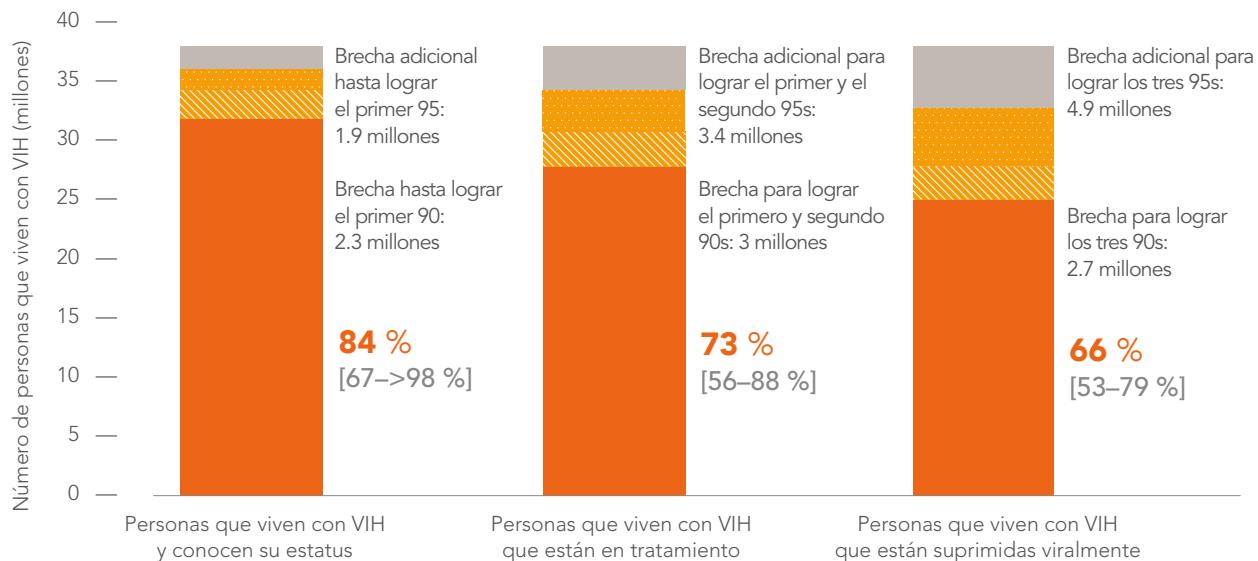
La inmensa escala de la pandemia del sida sigue existiendo, a pesar del enorme progreso logrado en los últimos 20 años desde que la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) celebró su primera sesión extraordinaria sobre el VIH. Se estima que los medicamentos antirretrovirales que alguna vez se consideraban demasiado caros y complicados para entornos de bajos recursos estaban siendo tomados por 27.5 millones [26.5 millones–27.7 millones] de personas que viven con VIH en todo el mundo a finales de 2020.

En los últimos años, los objetivos 90–90–90 han guiado los avances en las pruebas y el tratamiento contra el VIH.<sup>1</sup> Lograr estos objetivos significa que un mínimo del 73% de las personas que viven con VIH han suprimido las cargas virales, lo que ayuda a mantenerlas sanas y evita la propagación del virus. Burlado por algunos como una fantasía ambiciosa cuando fueron propuestos por primera vez por ONUSIDA en el 2014, los objetivos 90–90–90 fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas dos años después como un objetivo global para el 2020. En el plazo, al menos ocho países en una variedad de entornos geográficos, epidémicos y socioeconómicos habían alcanzado plenamente los objetivos, y otros 11 habían logrado el 73% de supresión de la carga viral entre todas las personas que viven con VIH. El desempeño promedio en África oriental y meridional, la región más afectada por el VIH, casi alcanzó las metas, y el 74% de las personas que viven con VIH en Europa occidental y central y América del Norte habían suprimido las cargas virales.

<sup>1</sup> Los objetivos 90–90–90 son: El 90% de las personas que viven con VIH conocen su estatus de VIH, el 90% de las personas que conocen su estatus de VIH positivo tienen acceso al tratamiento y el 90% de las personas en tratamiento han suprimido las cargas virales.



FIGURA 0.3 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO CONTRA EL VIH, MUNDIAL, 2020



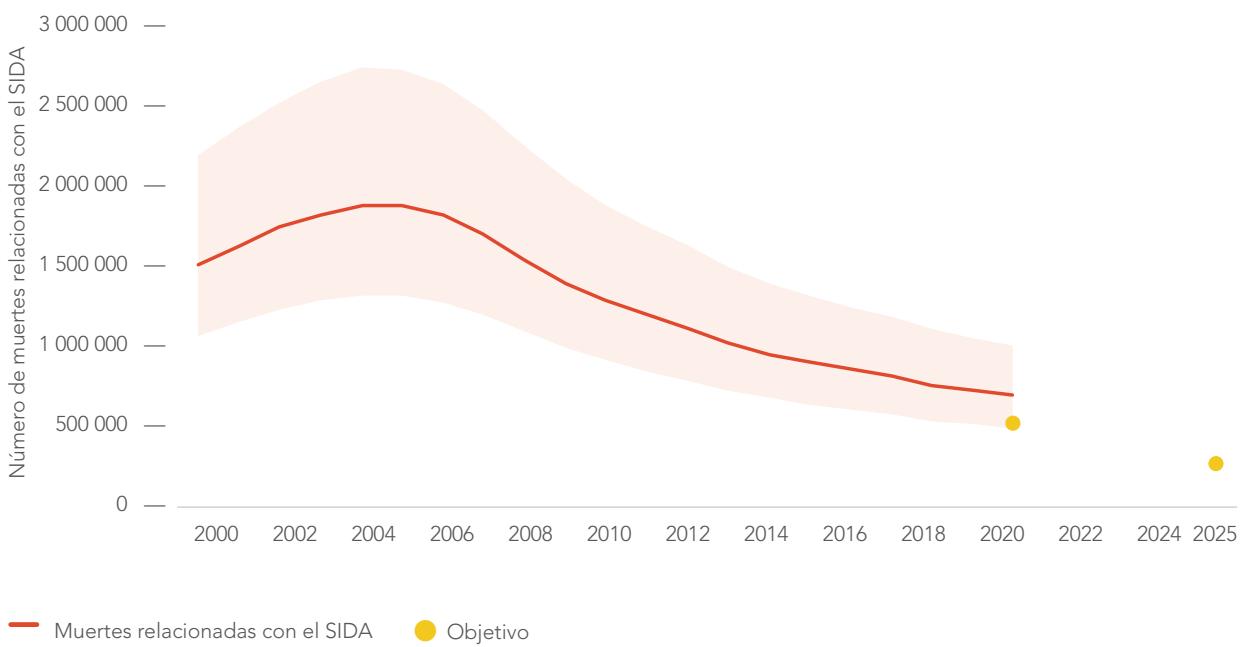
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

Sin embargo, a nivel mundial, estos objetivos no se han logrado, aunque no por un amplio margen: A finales de 2020, el 84% [67–>98%] de las personas que viven con VIH conocían su estatus de VIH, 87% [67–>98%] de las personas que viven con VIH que sabían que tenían el VIH estaban teniendo acceso a la terapia antirretroviral y el 90% [70–>98%] de las personas que recibieron tratamiento fueron suprimidas de forma viral. Estas brechas aparentemente pequeñas se suman para dejar a más de una cuarta parte (27%) de las personas que viven con VIH en todo el mundo sin tratamiento, y aproximadamente un tercio con cargas virales no suprimidas (Figura 0.3). Estas brechas son aún mayores dentro de las subpoblaciones, incluyendo niños, jóvenes y hombres.

La puesta en marcha mundial del tratamiento contra el VIH ha salvado millones de vidas: un estimado de 16.6 millones [11.7 millones–24.2 millones] de muertes relacionadas con el sida se han evitado en las últimas dos décadas, incluyendo una disminución del 47% en la mortalidad relacionada con el sida desde el 2010 (Figura 0.4).

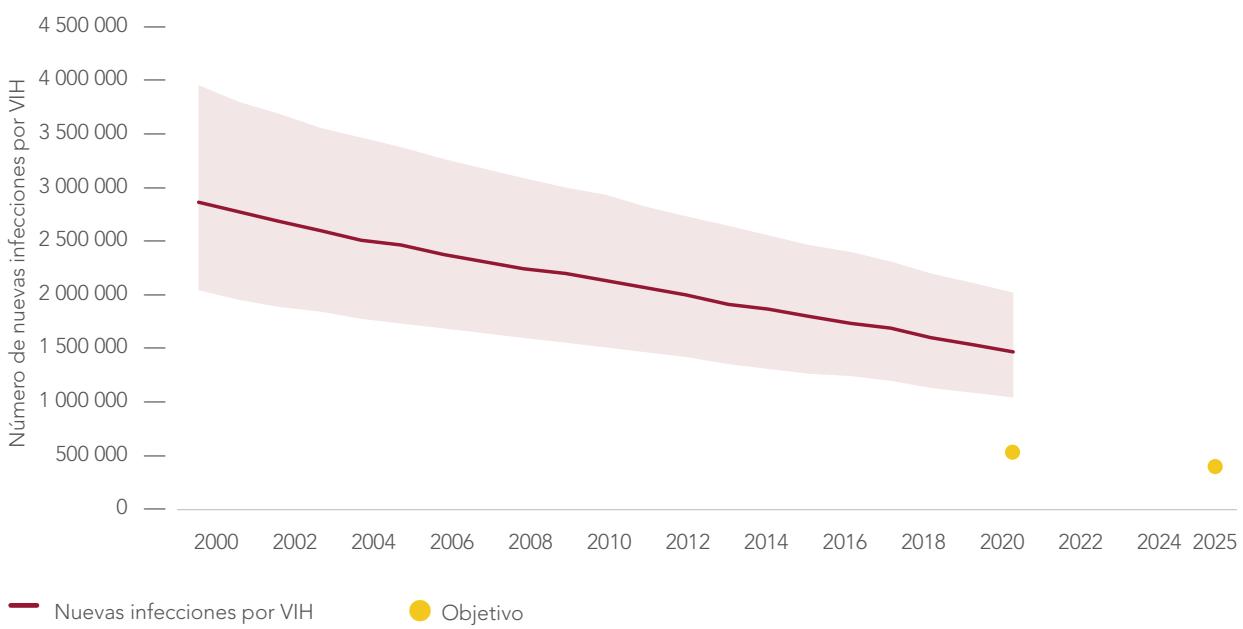
Los esfuerzos para prevenir las infecciones por VIH han tenido menos éxito. El número anual de nuevas infecciones entre los adultos en todo el mundo apenas ha cambiado en los últimos cuatro años, y el total de nuevas infecciones ha disminuido en apenas un 31% desde el 2010, muy por debajo del objetivo del 75% para el 2020 establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016 (Figura 0.5). Muchos países no han establecido la combinación de enfoques estructurales, conductuales y biomédicos para la prevención del VIH centrados en el mayor riesgo que la experiencia demuestra que tiene el impacto máximo. El uso constante del condón, aunque posible, ha resultado difícil de lograr entre todas las poblaciones: las mujeres en muchos países, por ejemplo, necesitan mayores medios y apoyo para negociar el uso consistente del condón. La cobertura de profilaxis previo a la exposición (PrEP) y la circuncisión masculina médica voluntaria (CMMV) en el 2020 también estuvieron muy por debajo de los objetivos establecidos cinco años antes.

FIGURA 0.4 | DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL SIDA, MUNDIAL, OBJETIVOS 2000–2020 Y 2020 Y 2025



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 0.5 | NUEVAS INFECCIONES POR VIH, MUNDIAL, OBJETIVOS 2000–2020, Y 2020 Y 2025



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Ver Anexo sobre métodos para una descripción de cómo se calculan estas estimaciones.

Las reducciones de nuevas infecciones fueron más altas en el África subsahariana y el Caribe, pero ninguna región logró las disminuciones del 75% acordadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016 (Figura 0.6). Las epidemias en grandes partes de Europa oriental y Asia central se expandieron ante graves barreras legales y políticas y una atención inadecuada a las necesidades de las personas que se inyectan drogas y los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El número anual de nuevas infecciones por VIH también aumentó en Oriente Medio y África del Norte, y América Latina no logró ninguna reducción de las infecciones en el transcurso de la última década.

Ninguna región logró la disminución del 75% en infecciones y muertes acordado por la Asamblea General de la ONU en el 2016.

**FIGURA 0.6 | CAMBIO EN NUEVAS INFECCIONES POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, POR REGIONES Y MUNDIAL, 2010–2020**



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Los logros alcanzados por los programas de VIH de mayor rendimiento se han visto atenuados por la acción insuficiente en otros países.

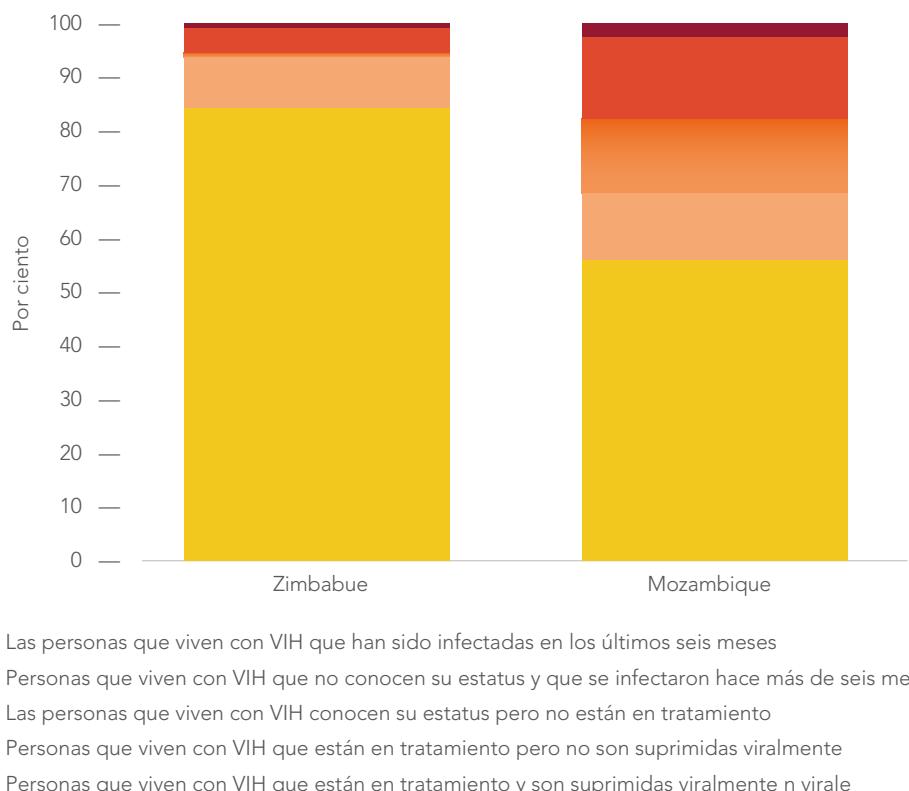
## Las desigualdades en el centro de un progreso desigual

El progreso en la lucha contra el VIH ha sido desigual. Los logros alcanzados mediante enfoques centrados en las personas dentro de los programas de VIH de mayor desempeño se han visto atenuados por una acción insuficiente en otros países.

En Estonia, por ejemplo, la expansión de los servicios integrales de reducción de daños fue seguida por una reducción del 61% en todo el país en las infecciones por VIH y una reducción del 97% en las infecciones entre las personas que se inyectan drogas entre el 2007 y 2016 (ver caso de estudio en la página 72) (7). En la vecina Letonia, donde los programas de jeringuillas operaron en una escala limitada durante el mismo período, las nuevas infecciones por VIH aumentaron en un 72% en general (7).

Zimbabwe ha sido un líder en pruebas y tratamiento contra el VIH. El gravamen de sida del país del África meridional ha movilizado una cantidad significativa de fondos internos, las comunidades están firmemente comprometidas en la prestación de servicios y el apoyo financiero y técnico internacional ha sido fuerte y consistente. Los logros han sido consistentes con los objetivos 90–90–90, con el 82% de los adultos que viven con VIH en el país con cargas virales suprimidas. El vecino Mozambique, en cambio, se ha quedado rezagado respecto del promedio regional, dejando casi la mitad (44%) de los adultos que viven con VIH en el país con cargas virales no suprimidas (Figura 0.7). Los conflictos, el cambio climático, los altos niveles de pobreza y la mala infraestructura de salud son algunos de los muchos desafíos del país.

**FIGURA 0.7 | CASCADA DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Y PRUEBAS Y TRATAMIENTOS CONTRA EL VIH, ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), ZIMBABUE Y MOZAMBIQUE, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

## Pobreza y falta de escolarización entre las barreras dentro de los países.

Las desigualdades dentro de los países también están impidiendo que el mundo erradique el sida para el 2030. Las brechas en las pruebas y el tratamiento tienden a ser mayores entre los altamente afectados, los marginados y los que luchan por acceder a servicios de salud más amplios. Las brechas entre los niños, los jóvenes, los hombres y las poblaciones claves que viven con VIH son especialmente notables. Las desigualdades transversales relacionadas con la edad, el sexo, la raza y el nivel de ingresos agravan las disparidades en el acceso a los servicios y los resultados de salud.

La pobreza y la falta de escolaridad son barreras graves para los servicios de salud y de VIH. Por ejemplo, los datos de encuestas basadas en la población de 32 países de ingresos bajos y medios muestran que las mujeres con frecuencia tenían más probabilidades de satisfacer su demanda de planificación familiar utilizando métodos modernos si se encontraban en el quintil de mayor riqueza en comparación con sus pares en el quintil de menor riqueza, vivían en zonas urbanas en comparación con las zonas rurales, o tenían educación secundaria o superior (en comparación con la educación no formal o sólo primaria).

La adopción de los servicios de CMMV también parece estar relacionada con los niveles de ingresos: En 11 de los 12 países con datos de encuestas recientes, los hombres de quintiles de menor riqueza tenían mucha menos probabilidad de informar sobre someterse al procedimiento que aquellos con ingresos más altos (ver capítulo 01).

La pobreza también es un motor de la migración, que ha demostrado complicar el acceso al servicio del VIH. Los estudios muestran que el acceso a los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH para las personas migrantes es a menudo inferior al de las personas no migrantes (8–12). Las leyes y regulaciones nacionales

Las desigualdades dentro de los países también están impidiendo que el mundo erradique el sida para el 2030.

Crédito : Karin Schermbrucker/Grassroot Soccer



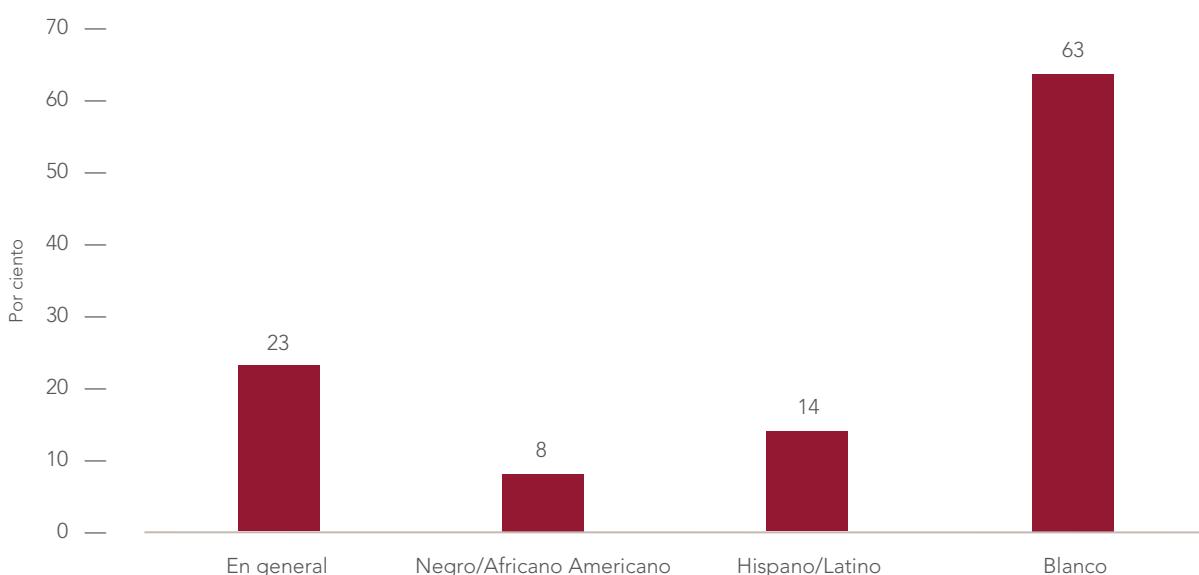
En varias partes del mundo desarrollado se han documentado disparidades en el servicio contra el VIH por raza.

suelen restringir el acceso a los servicios de los migrantes irregulares, mientras que el temor a la deportación impide que muchas personas accedan a servicios esenciales. El estigma y la discriminación socavan aún más su acceso a los servicios esenciales, y es probable que las personas migrantes que pertenecen a poblaciones claves experimenten una discriminación especialmente severa en muchos países (13, 14).

En varias partes del mundo desarrollado se han documentado disparidades en el servicio contra el VIH por raza. En los Estados Unidos de América, las personas afrodescendientes representan un porcentaje desproporcionadamente alto de nuevas infecciones por VIH en el país:

41% en el 2019, aunque representan sólo alrededor del 13% de la población nacional (15). Esto se debe en parte a una menor cobertura de los servicios de prevención del VIH. Sólo el 8% de los estadounidenses afrodescendientes y el 14% de los hispanos/latinos que eran elegibles para la PrEP fueron prescritos, en comparación con el 63% de los blancos (Figura 0,8) (15). Los estudios también informan de importantes disparidades raciales en los resultados del tratamiento contra el VIH, con retraso en el inicio del tratamiento y la atención, menor adherencia a la terapia antirretroviral, mayor estigma y discriminación, desconfianza o falta de acceso a los proveedores de atención de la salud y el acceso inadecuado al seguro de salud entre los factores contribuyentes (16–19). Muchas de estas brechas están entre los hombres gay afrodescendientes y latinos y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, quienes deben lidiar con desigualdades raciales y homofobia.

**FIGURA 0.8 | COBERTURA DE PROFILAXIS PREVIO A LA EXPOSICIÓN ENTRE ADULTOS ELEGIBLES, POR RAZA/GRUPO ÉTNICO, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, 2019**



Fuente: Informes del sistema nacional de vigilancia del VIH 2019. En: [cdc.gov](http://cdc.gov) [Internet]. 27 de Mayo 2021. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; c2021 (<https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2021/2019-national-hiv-vigilance-system-reports.html>).



Las brechas en las pruebas de los infantes y niños expuestos al VIH han dejado sin diagnosticar a más de dos quintas partes de los niños que viven con VIH. El número de niños que reciben tratamiento alrededor del mundo ha disminuido desde el 2019, dejando a casi 800,000 niños que viven con VIH sin recibir terapia antirretroviral en el 2020.

Casi dos tercios de los niños que no reciben tratamiento tienen entre 5 y 14 años de edad: niños que no pueden ser detectados a través de la prueba del VIH durante las visitas de atención postnatal.

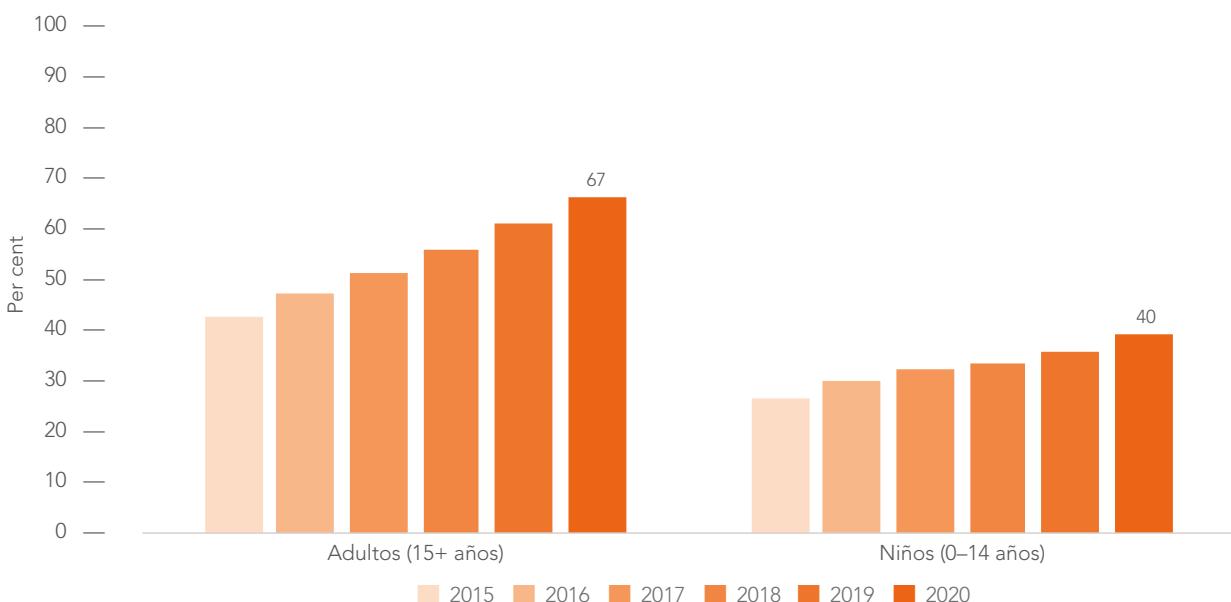
### La niñez se queda atrás

Las nuevas infecciones por VIH entre los niños disminuyeron en más de la mitad (54%) entre el 2010 y el 2020, debido principalmente al aumento de la provisión de terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH. Sin embargo, ese impulso se ha desacelerado considerablemente, dejando brechas particularmente grandes en África occidental y central, que alberga a más de la mitad de las mujeres embarazadas que viven con VIH y que no están en tratamiento.

La eliminación de la transmisión vertical del VIH requiere mejoras en todo el proceso de esfuerzos para proporcionar a las mujeres servicios a medida que se vuelven sexualmente activas, planifican familias y pasan por el embarazo, el parto y la lactancia. Los programas deben mejorar para empoderar a las mujeres para que se protejan de la infección por VIH, y detectar a las mujeres que contraen VIH y proporcionarles rápidamente terapia antirretroviral para que puedan lograr la supresión viral.

Las brechas en las pruebas de los infantes y niños expuestos al VIH han dejado sin diagnosticar a más de dos quintas partes de los niños que viven con VIH. El número de niños que reciben tratamiento alrededor del mundo ha disminuido desde el 2019, dejando a casi 800 000 niños (de 0 a 14 años de edad) que viven con VIH sin recibir terapia antirretroviral en el 2020. Sólo el 40% de los niños que viven con VIH tenían cargas virales suprimidas, en comparación con el 67% de los adultos (Figura 0.9). Casi dos tercios de los niños que no reciben tratamiento tienen entre 5 y 14 años de edad, niños que no pueden ser detectados a través de la prueba del VIH durante las visitas de atención postnatal. Una prioridad para los próximos cinco años es ampliar el índice basado en derechos, las pruebas familiares y domésticas y optimizar el tratamiento pediátrico para lograr diagnosticar a estos niños, vincularles al tratamiento y retenerles en la atención de por vida.

FIGURA 0.9 | PROPORCIÓN DE ADULTOS (15 AÑOS O MÁS) Y NIÑOS (0 A 14 AÑOS) CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, MUNDIAL, 2015–2020



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## Criminalización de poblaciones claves que ralentizan las respuestas al VIH

En todas las regiones del mundo hay poblaciones claves que son particularmente vulnerables a la infección por VIH. Las personas que se inyectan drogas tienen un riesgo 35 veces mayor de contraer la infección por VIH que las personas que no se inyectan drogas; las mujeres transgénero tienen un riesgo 34 veces mayor de contraer VIH que otras personas adultas; las trabajadoras sexuales corren un riesgo 26 veces mayor de contraer VIH que otras mujeres adultas; y los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen un riesgo 25 veces mayor de contraer VIH que los hombres adultos heterosexuales. En general, las poblaciones claves y sus parejas sexuales representaron el 65% de las infecciones por VIH en todo el mundo en el 2020 y el 93% de las infecciones fuera del África subsahariana (Figura 0.10).

Las poblaciones claves continúan siendo marginadas y criminalizadas por sus identidades y expresiones de género, orientación sexual y modo de vida. Un análisis ecológico dirigido por el Instituto O'Neill de la Universidad de Georgetown para la Salud Nacional y Global ha reforzado estudios en menor escala que muestran que la criminalización de poblaciones claves tiene un efecto negativo en los resultados del VIH (20). Cuando se criminalizaron las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas, los niveles de conocimiento sobre el estatus de VIH y la supresión viral entre las personas que viven con VIH fueron significativamente menores que en los países que optaron por no penalizarlos. A la inversa, hubo una correlación positiva entre mejores resultados del VIH y la adopción de leyes que promueven la no discriminación, la existencia de instituciones de derechos humanos y respuestas a la violencia basada en el género (20).



El riesgo de que poblaciones claves contraigan la infección por VIH en el 2020 fue:

Hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: **25 veces mayor riesgo** que los hombres heterosexuales.

Trabajadoras sexuales: **26 veces mayor riesgo** que las mujeres en la población general.

Mujeres transgénero: **34 veces mayor riesgo** que otros adultos.

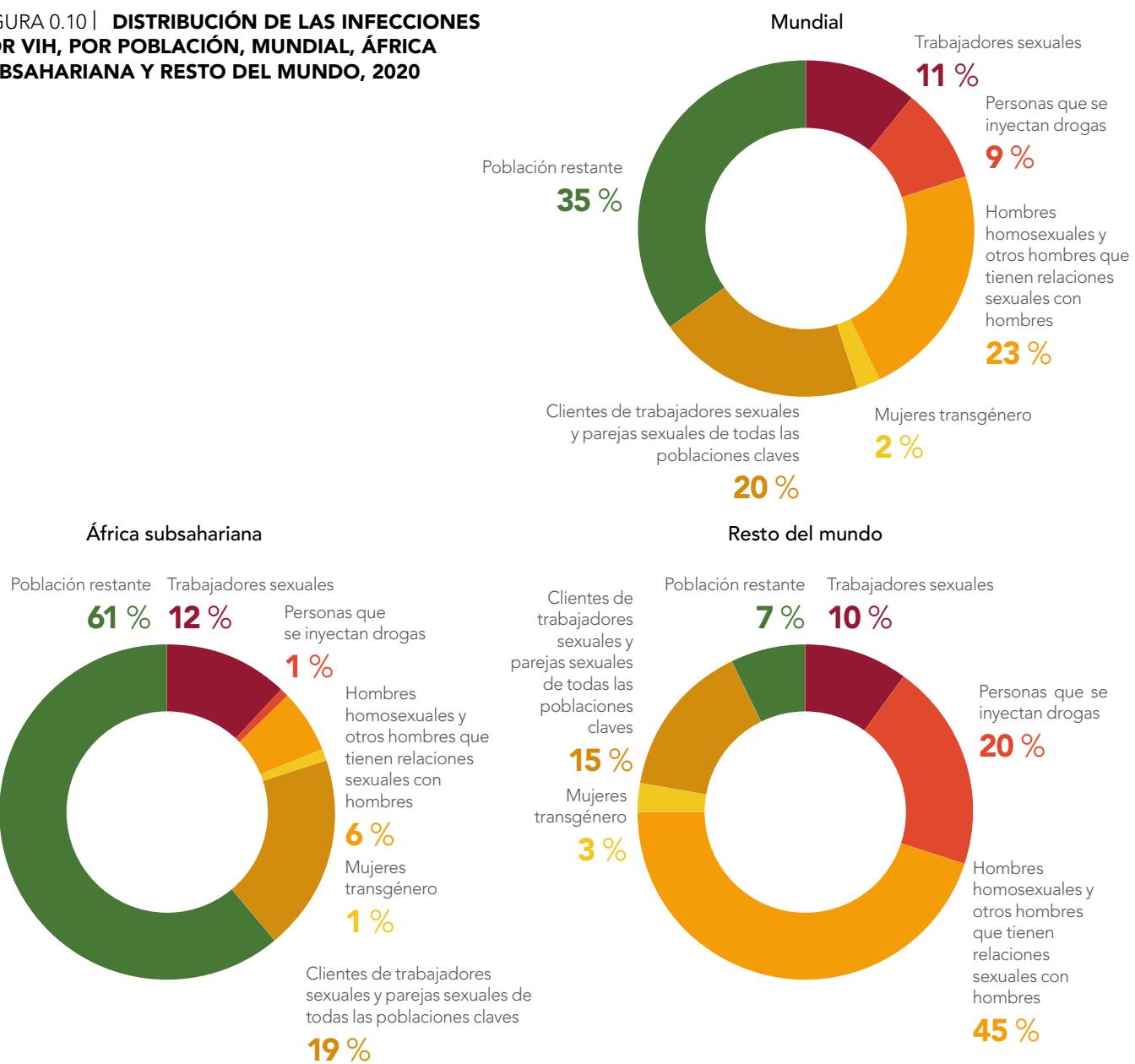
Personas que se inyectan drogas: **35 veces mayor riesgo** que las personas que no se inyectan drogas.

*Mujer transgénero habla en una exposición fotográfica apoyada por la ONU en Perú. Crédito: ONUSIDA*

Las poblaciones claves continúan siendo marginadas y criminalizadas por sus identidades y expresiones de género, orientación sexual y modo de vida.

En todos los países y regiones, los importantes servicios de prevención del VIH para las poblaciones claves son de acceso desigual o están totalmente ausentes. Por ejemplo, los servicios de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas rara vez se ofrecen a una escala significativa en todas las regiones. Asimismo, la cobertura de los programas de prevención para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres continúa siendo bajo, incluso entre muchos países de ingresos altos. La cobertura de los programas de prevención para las personas transgénero es escasa en todos los países, excepto en algunos de ellos. La cobertura de los programas de prevención entre los trabajadores sexuales en África oriental y meridional continúa siendo baja. A las personas en las cárceles y otros entornos cerrados a menudo no se les proporcionan servicios de VIH, a pesar de la relativa facilidad de acceder a los mismos.

FIGURA 0.10 | DISTRIBUCIÓN DE LAS INFECCIONES POR VIH, POR POBLACIÓN, MUNDIAL, ÁFRICA SUBSAHARIANA Y RESTO DEL MUNDO, 2020



## Las mujeres, hombres y jóvenes enfrentan diferentes desafíos

La desigualdad y la discriminación de género privan a las mujeres y las niñas de sus derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la educación, la salud y las oportunidades económicas. La falta de empoderamiento resultante también niega a las mujeres y las niñas la autonomía sexual, el poder de toma de decisiones, la dignidad y la seguridad.

La violencia de género es una de las manifestaciones más atroces de la desigualdad de género: se ha demostrado que aumenta el riesgo de contraer la infección por VIH tanto en mujeres y niñas, y entre las mujeres que viven con VIH, puede conducir a una reducción en el acceso y la adherencia al tratamiento (21, 22). Estos impactos son más pronunciados en el África subsahariana, donde las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años de edad) representaron el 25% de las infecciones por VIH en el 2020, a pesar de representar solo el 10% de la población (Figura 0.11).

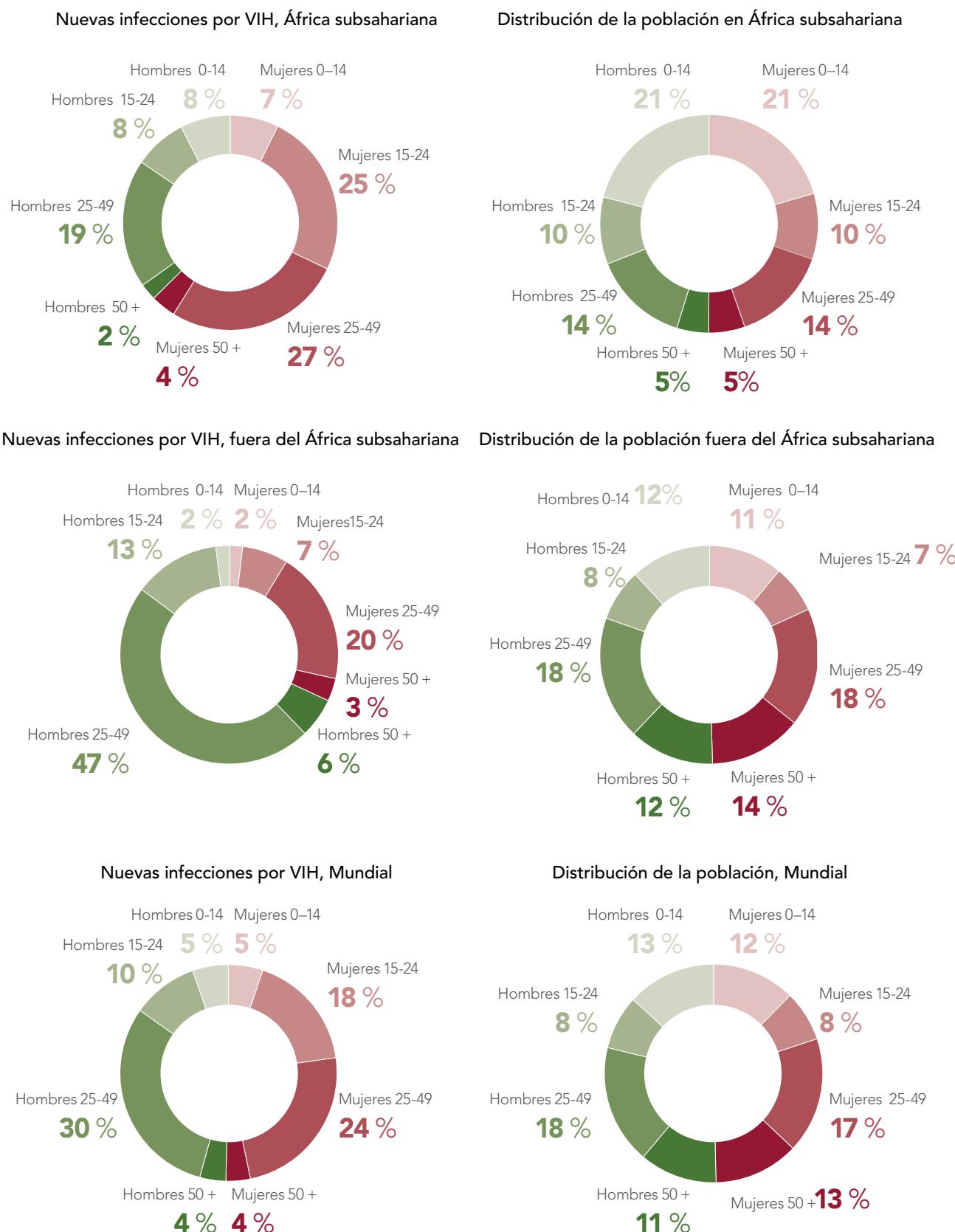
La salud y los derechos sexuales y reproductivos son la base de la capacidad de las mujeres y las niñas para prevenir la transmisión del VIH. La Asamblea General de las Naciones Unidas se ha comprometido a garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tengan satisfechas sus necesidades de servicios de VIH y salud sexual y reproductiva para el 2025, pero muy pocos países de ingresos bajos y medios están actualmente al alcance de esa meta.

Existe evidencia de que completar la educación secundaria puede ayudar a proteger a las niñas contra la infección por VIH en lugares donde el VIH es común, además de sus amplios beneficios sociales y económicos (23). Sin embargo, en muchos países las niñas tienen menos probabilidades de completar la educación secundaria que los niños, y la calidad de su educación se ve afectada por la discriminación en las escuelas. Se están ejecutando varios proyectos de prevención integral para las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes en entornos con una alta incidencia de infecciones por VIH. No obstante, la totalidad de estos esfuerzos todavía carece de la escala necesaria, lo que deja a muchas mujeres y niñas en entornos con una carga elevada de VIH en un riesgo sustancial de infección.

Fuera del África subsahariana, los hombres y los niños representaron el 58% de las infecciones por VIH en el 2020, en parte porque hay más hombres que mujeres dentro de las poblaciones claves y entre sus parejas sexuales mundialmente. En casi todas las regiones, los hombres tienen menos probabilidades de acceder a los servicios relacionados con el VIH, y los hombres que viven con VIH obtienen peores resultados que las mujeres en el proceso de pruebas y tratamiento del VIH. En comparación con las mujeres que viven con VIH, hay 1 millón más de hombres que viven con VIH que no conocen su estatus de VIH, 1.8 millones más de hombres que conocen su estado pero no están en tratamiento y 1.6 millones más de hombres que no están siendo suprimidos viralmente.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son la base de la capacidad de las mujeres y las niñas para prevenir la transmisión del VIH.

FIGURA 0.11 | DISTRIBUCIÓN DE NUEVAS INFECCIONES POR VIH Y DE LA POBLACIÓN, POR EDAD Y SEXO, MUNDIAL, ÁFRICA SUBSAHARIANA Y FUERA DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2020



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

Nota: Debido al redondeo, los porcentajes no suman el 100%

Las normas de género que valoran la fuerza y el estoicismo masculino pueden explicar en parte por qué muchos hombres retrasan la búsqueda de atención, pero también están en juego otros factores (24). Los servicios de atención primaria de salud en África oriental y meridional se enfocan en las mujeres en edad reproductiva, y los servicios de salud reproductiva, materna e infantil ofrecen puntos de entrada ideales para los servicios de VIH. Los puntos de entrada similares para los hombres no son comunes (25, 26). Los esfuerzos enfocados para llegar a los hombres con servicios relacionados con el VIH, incluso mediante intervenciones en el lugar de trabajo y un mayor uso de enfoques de auto prueba, y proporcionando servicios en departamentos ambulatorios, mejorarán sus resultados de salud y también ayudarán a prevenir la transmisión del VIH a sus parejas sexuales.

Los jóvenes, incluyendo los jóvenes de las poblaciones claves, representaron el 27% de las infecciones por VIH en el 2020. Los jóvenes enfrentan barreras de consentimiento parental para el VIH y a los servicios de salud sexual y reproductiva. También tienen acceso insuficiente a la educación sexual integral apropiada para su edad y de calidad, dejándolos vulnerables a los mitos y desinformación sobre el sexo y la sexualidad. Los estudiantes que reciben educación sexual integral están facultados para asumir la responsabilidad de sus propias decisiones y comportamientos, y las maneras en que pueden afectar a las demás personas. La educación sexual integral también juega un papel en la prevención de la violencia de género, el aumento del uso de anticonceptivos, la disminución del número de parejas sexuales y el retraso del inicio de las relaciones sexuales.

Las personas jóvenes enfrentan barreras de consentimiento parental para el VIH y a los servicios de salud sexual y reproductiva. También tienen acceso insuficiente a la educación sexual integral apropiada para su edad y de calidad, dejándolos vulnerables a los mitos y desinformación sobre el sexo y la sexualidad.



La Declaración Política sobre el sida de 2021 presenta nuevos y audaces compromisos y metas globales para el 2025 que son ambiciosos pero alcanzables si los países y las comunidades siguen la orientación basada en la evidencia dentro de la Estrategia de ONUSIDA.

## La nueva estrategia y las metas para el 2025 proporcionan una dirección global

Poner fin a las desigualdades junto con los esfuerzos para erradicar el sida es el tema central de la Estrategia Mundial contra el sida 2021–2026: Poner fin a las desigualdades, Poner fin al sida, que ONUSIDA ha pedido a los países que utilicen como guía para sus respuestas al VIH. La Estrategia también sirvió como punto de partida para una Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la pandemia mundial del sida en junio de 2021. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas han tomado el consejo de personas que viven con VIH, altos funcionarios de las Naciones Unidas, y representantes de organizaciones internacionales, el sector privado, la sociedad civil, el círculo académico y otras partes interesadas, mientras debatieron cómo superar los numerosos desafíos que han hecho que el mundo se atrasé en sus esfuerzos por poner fin a la pandemia del sida como amenaza para la salud pública para el 2030, tal como acordado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Luego de semanas de intenso debate, la Asamblea General aprobó la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2021: Poner fin a las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para el 2030. La Declaración presenta nuevos y audaces compromisos y metas globales para el 2025 que son ambiciosos pero alcanzables si los países y las comunidades siguen la orientación basada en la evidencia dentro de la Estrategia de ONUSIDA.



Crédito : ONUSIDA

# METAS Y COMPROMISOS 2025

## ¿Qué es lo nuevo, diferente y ambicioso de la Declaración Política sobre el SIDA de 2021?

- **Poner fin a las desigualdades:** Compromiso de adoptar medidas urgentes y transformadoras para poner fin a las desigualdades sociales, económicas, raciales y de género que perpetúan la pandemia del sida.
- **Resultados equitativos y objetivos:** Compromiso de lograr metas de prevención, pruebas y tratamiento combinados del VIH en todos los entornos demográficos, grupos y geográficos pertinentes.
- **Prevención del VIH combinada prioritaria:** Compromiso de priorizar paquetes integrales de servicios de prevención del VIH y garantizar que estén disponibles y sean utilizados por el 95% de las personas con riesgo de infección por VIH.
- **Poblaciones claves:** Reconocer que las poblaciones claves, incluyendo los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadoras sexuales, personas transgénero, y personas en cárceles y otros entornos cerrados, corren un riesgo particular de infección por VIH.
- **Nueva cascada del VIH:** Compromiso de alcanzar las nuevas metas de pruebas, tratamiento y supresión viral 95–95–95 en todos los ámbitos demográficos, grupos y geográficos, asegurando que al menos 34 millones de personas que viven con VIH tengan acceso al tratamiento.
- **Indetectable = Intransmisible (I = I):** reconocer que la supresión viral a través de la terapia antirretroviral es un componente poderoso de la prevención combinada del VIH porque las personas que viven con VIH con cargas virales indetectables no transmitirán su infección a otros.
- **Eliminación de nuevas infecciones por VIH en la niñez:** Compromiso de garantizar que el 95% de las mujeres embarazadas y lactantes tengan acceso a la prevención combinada del VIH, pruebas prenatales y a repetición de pruebas; 95% de las mujeres que viven con VIH logran y mantienen la supresión viral antes del parto y durante la lactancia; y 95% de los niños expuestos al VIH se someten a la prueba en un plazo de dos meses y, si son seropositivos, reciben un tratamiento optimizado.
- **Financiar completamente la respuesta al sida:** Invertir US\$ 29 mil millones anualmente en países de ingresos bajos y medios, incluyendo al menos US\$ 3.1 mil millones en facilitadores sociales.

### ■ **Metas 10–10–10 para facilitadores sociales:**

- Reducir a menos del 10% el número de mujeres, niñas y personas que viven con VIH, en riesgo y están afectadas por el mismo, que experimentan desigualdades basadas en el género y violencia sexual y de género.
- Asegurar que menos del 10% de los países tengan entornos legales y políticos restrictivos que conduzcan a la negación o limitación del acceso a los servicios.
- Garantizar que menos del 10% de las personas que viven con VIH, están en riesgo o afectadas por el VIH experimenten estigma y discriminación
- **Salud sexual y reproductiva:** Compromiso de asegurar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tengan satisfechas sus necesidades de servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva.
- **Acceso a medicamentos, diagnósticos, vacunas y tecnologías de salud asequibles:** Compromiso de garantizar el acceso, disponibilidad y asequibilidad a nivel mundial de medicamentos seguros, eficaces y de calidad garantizada, incluyendo genéricos, vacunas, diagnósticos y otras tecnologías de salud para prevenir, diagnosticar y tratar la infección por VIH, sus coinfecciones y comorbilidades.
- **Integración de servicios:** Compromiso de invertir en sistemas de salud y de protección social que proporcionen al 90% de las personas que viven con VIH, están en riesgo y afectadas por el VIH servicios integrados centrados en las personas y en el contexto específico para el VIH y otros servicios.
- **Liderazgo comunitario, prestación de servicios y supervisión:** Compromiso de aumentar la proporción de servicios de VIH dirigidos por la comunidad y asegurar que las redes y comunidades pertinentes sean financiadas de manera sostenible, incluyendo la toma de decisiones sobre la respuesta al VIH, y que puedan generar datos a través del monitoreo e investigación comunitario.
- **GIPA/MPPS:** Referencia explícita a la mayor participación de las personas que viven con VIH, conocida como el principio de GIPA/MPPS

## Se necesitan inversiones más sólidas e inteligentes para poner fin al sida

Para poner fin a la pandemia de sida se requerirán inversiones nacionales adicionales sustanciales, contribuciones internacionales revitalizantes, una asignación más eficiente de los recursos disponibles y soluciones creativas a las reducciones en el espacio fiscal causadas por la pandemia de COVID-19.

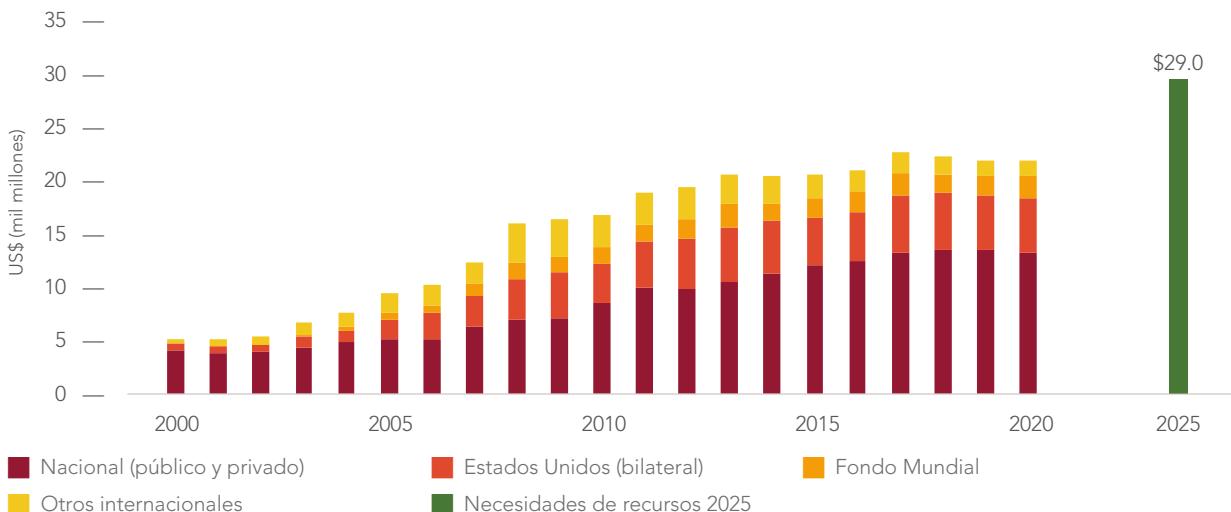
<sup>2</sup> El grupo de países de ingresos bajos y medios incluido en las estimaciones de disponibilidad de recursos y necesidades de este capítulo sigue la clasificación del nivel de ingresos del Banco Mundial para 2020–2021.

<sup>3</sup> El déficit porcentual en comparación con la meta de 2020 utiliza una estimación de disponibilidad de recursos para el 2020 (US\$18.5 mil millones), medidos en dólares estadounidenses de 2016, para cumplir con los objetivos de recursos de la Declaración Política para poner fin al SIDA de 2016. Las otras estimaciones de disponibilidad y necesidades de recursos de este capítulo se miden en dólares estadounidenses de 2019, de acuerdo con los objetivos de recursos de la Declaración Política

La falta de inversión en las respuestas al VIH de los países de ingresos bajos y medios fue una de las principales razones por las que no se lograron los objetivos mundiales de 2020. La disponibilidad de recursos financieros durante los últimos cinco años fue consistentemente inferior a los recursos necesarios, y en el 2020 fue 29% inferior a la meta de US\$ 26 mil millones para ese año (en dólares estadounidenses de 2016).<sup>2,3</sup> La financiación interna (pública y privada), que había sido la fuente principal de crecimiento de la inversión para las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios durante la última década, se ha estancado y ha comenzado a disminuir. Las contribuciones internacionales han fluctuado durante 10 años; en el 2020 se encontraban al mismo nivel que en el 2010. Cuando se combinan las tendencias de los recursos nacionales y de los donantes, ha habido tres años consecutivos de disminución en la disponibilidad total de recursos.

El hecho de que no se hayan logrado los objetivos programáticos y de impacto se ha traducido en un mayor número de personas que viven con VIH y en un mayor número de personas en riesgo de infección por VIH que necesitan servicios. Ahora se necesitan mayores niveles de recursos para que la respuesta a la pandemia del sida se encamine nuevamente hacia el objetivo mundial de poner fin al sida para el 2030. Las inversiones anuales en VIH en países de ingresos bajos y medios deben aumentar de los US\$ 21.5 mil millones (en dólares estadounidenses de 2019) en recursos disponibles en el 2020 para alcanzar la meta fijada para el 2025 dentro de la Declaración Política sobre el SIDA 2021: US\$ 29 mil millones (en dólares americanos 2019) para los países de ingresos bajos y medios, que en el 2020–2021 incluían países anteriormente clasificados como de ingresos altos (Figura 0.12).

FIGURA 0.12 | DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL VIH EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, OBJETIVOS 2000–2020 Y 2025



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos de 2019. Los países incluidos son los que el Banco Mundial clasificó en el 2020 como de ingresos bajos y medios.

Alcanzar el precio global para la respuesta al sida es sólo una parte del desafío: de dónde proceden los fondos, a dónde van y cómo se gastan también requiere atención.

África oriental y meridional, la región con la mayor carga de VIH, representa el 29% de las necesidades de recursos estimadas en todos los países de ingresos bajos y medios para el 2025. La parte sustancial de Asia y el Pacífico (32%) de las necesidades totales de recursos se debe principalmente a los esfuerzos de prevención del VIH para su población mucho más grande, así como a los costos unitarios más altos en algunos países. El aumento de los costos unitarios también contribuye a las necesidades relativamente elevadas de recursos per cápita en América Latina y Europa oriental y Asia central.

Los patrones regionales en la disponibilidad de recursos demuestran que se logra un mayor impacto cuando se invierten y utilizan con prudencia fondos suficientes (Figura 0.13). En África oriental y meridional, por ejemplo, una combinación de inversiones nacionales e internacionales ha impulsado la rápida expansión de la prevención, pruebas y tratamiento del VIH en zonas con una carga elevada de VIH, lo que ha dado lugar a reducciones fuertes y constantes de la tasa de infecciones por VIH y la mortalidad relacionada con el sida. Aunque las cantidades per cápita de recursos disponibles en África oriental y meridional y en el Caribe en el 2020 cumplió o incluso superó los objetivos de inversión de 2025, las reducciones en infecciones y muertes no están en camino de alcanzar las metas de impacto de 2025, reflejando la necesidad de una mayor eficiencia en la asignación y uso de recursos dentro de varios países de la región. Este patrón es más pronunciado en América Latina, donde se han mantenido niveles relativamente altos de gasto por persona que vive con VIH, y los esfuerzos de prevención del VIH se han estancado en una incidencia relativamente baja (0.16 infecciones por 1000 habitantes).

En África occidental y central, las grandes deficiencias de recursos y la continua dependencia de los gastos de bolsillo (como los honorarios de los usuarios por servicios de salud) están asociadas con disminuciones más modestas en la incidencia de infección por VIH y tasa de mortalidad relacionada con el sida.

En Asia y el Pacífico, donde la incidencia de las infecciones por VIH y la mortalidad relacionada con el sida son relativamente bajas, la tasa de mortalidad está disminuyendo, pero las reducciones en la incidencia de VIH son lentas, lo que demuestra la necesidad de aumentar la inversión en la prevención del VIH en muchos países de la región. Las infecciones y muertes se disparan en Europa del este y Asia central —y el aumento de las infecciones en Medio Oriente y África del Norte— reflejan un gasto masivo insuficiente en las respuestas al VIH entre la mayoría de los países de estas dos regiones.

La inversión insuficiente en las respuestas al VIH de los países de ingresos bajos y medios fue una de las principales razones por las que no se cumplieron los objetivos mundiales para el 2020.



La Estrategia mundial contra el SIDA pide que se duplique el financiamiento nacional e internacional para las intervenciones primarias de prevención del VIH, como los condones, PrEP y CMMV.

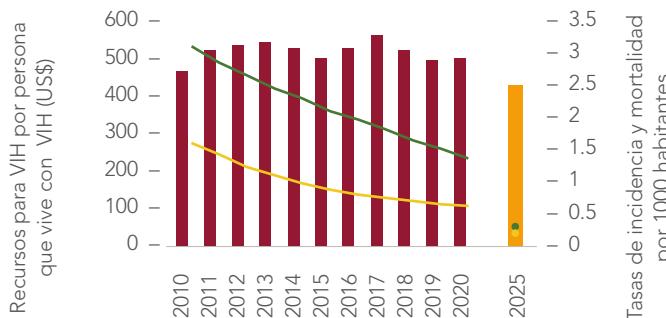
Los recursos asignados a combinaciones efectivas de servicios de prevención del VIH para las poblaciones con mayor riesgo de infección por VIH son insuficientes en la mayoría de las regiones. La Estrategia mundial contra el sida 2021–2026 pide que se duplique el financiamiento nacional e internacional para intervenciones primarias de prevención del VIH, como condones, PrEP y CVMM, aumentando desde los US\$ 5.2 mil millones en gastos totales estimados en los países de ingresos bajos y medios en el 2019, hasta aproximadamente US\$ 9.5 mil millones en el 2025. Una parte sustancial de estos recursos adicionales para la prevención del VIH debe centrarse en las poblaciones claves de todas las regiones, y en las adolescentes y las mujeres jóvenes de las zonas del África subsahariana con una elevada carga de VIH.

Gran parte de la brecha entre la disponibilidad de recursos en el 2020 y las necesidades de recursos para las respuestas al VIH en el 2025 se encuentra en los países de ingresos medios-altos que generalmente tienen más espacio fiscal para aumentar las asignaciones de recursos internos. En cambio, los países de ingresos bajos siguen dependiendo en gran medida de los recursos de los donantes, en parte porque algunos de los países gastan una proporción sustancial de sus ingresos fiscales en el servicio de la deuda. El gasto deficitario relacionado con la pandemia de COVID-19 en todos los países de todos los niveles de ingresos amenaza con impactar la disponibilidad de fondos para las respuestas al VIH en los próximos años.

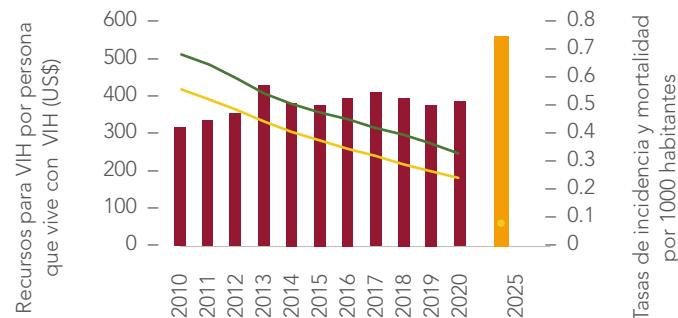


**FIGURA 0.13 | DISPONIBILIDAD TOTAL DE RECURSOS PARA EL VIH POR PERSONA QUE VIVE CON VIH, TASAS DE INCIDENCIA DE VIH Y MORTALIDAD RELACIONADAS CON EL SIDA, PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, OBJETIVOS 2010–2020 Y 2025**

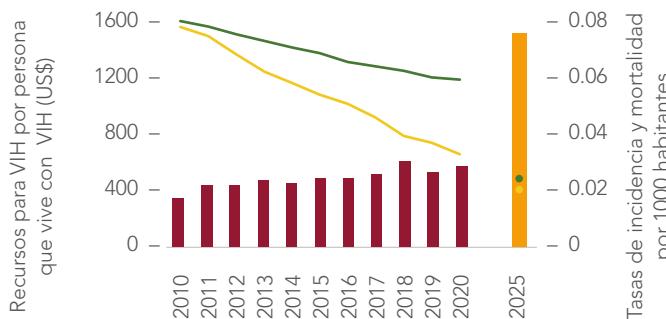
África oriental y meridional



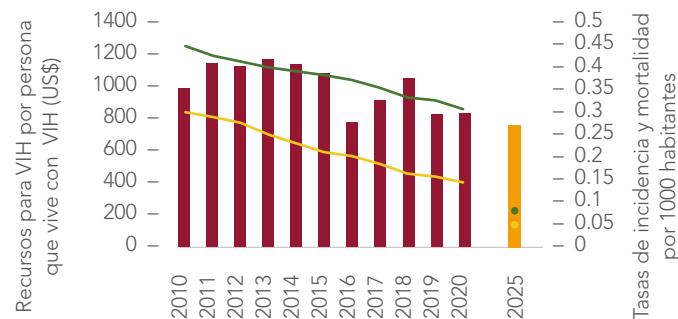
África occidental y central



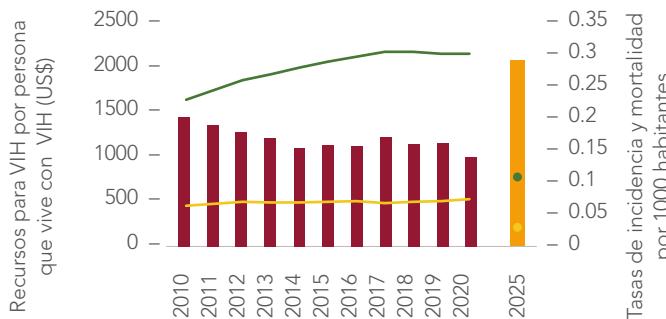
Asia y el Pacífico



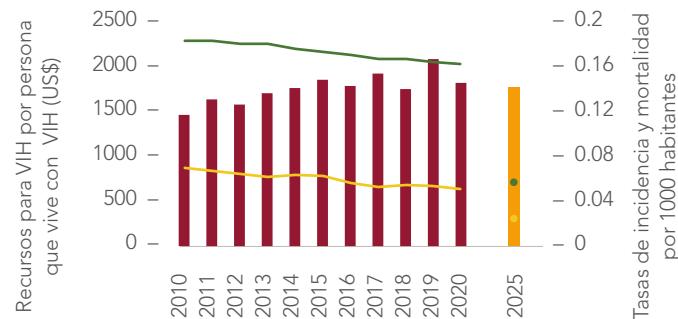
Caribe



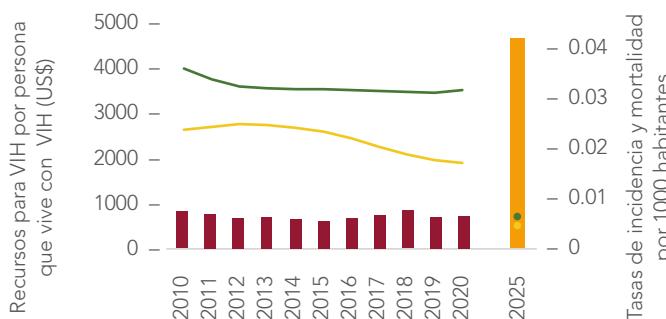
Europa oriental y Asia central



América Latina



Oriente Medio y África del Norte



■ Disponibilidad de recursos por persona que vive con VIH  
 ■ Necesidades de recursos por persona que vive con VIH (2025)  
 ■ Incidencia por cada 1000 habitantes  
 ■ Mortalidad por 1000 habitantes

Fuente: Análisis basado en estimaciones y proyecciones epidemiológicas y financieras de ONUSIDA, 2021.

Garantizar que se produzca un alivio económico es el primer paso. El segundo paso es garantizar que el dinero fluya a los presupuestos de salud para proteger a las personas de COVID-19, VIH y otros problemas críticos de salud.

## Los impactos a raíz de COVID-19 están profundizando las desigualdades

El Fondo Monetario Internacional (FMI) ha advertido que la pandemia de COVID-19 ha exacerbado las desigualdades y la pobreza preexistentes. Los países más ricos del mundo han aumentado los déficits presupuestarios y asignado billones de dólares a sus respuestas ante COVID-19, amortiguando sus economías y poblaciones de la peor emergencia sanitaria y choque económico en décadas (27). Sin embargo, sólo una pequeña parte de esta generosidad se ha destinado a los países en desarrollo, con sólo unos US\$ 10 mil millones adicionales de asistencia oficial para el desarrollo disponibles en medio de advertencias sobre futuros recortes de la ayuda al desarrollo (28).

En los países de ingresos bajos, mientras tanto, un colapso de los ingresos causado por la recesión económica provocada por la pandemia y los altos niveles de deuda pública han limitado profundamente sus capacidades para hacer frente a la crisis (27, 29). En el 2019, los países de ingresos bajos y medios gastaban un promedio del 10.7% de los ingresos del gobierno en atención médica y del 12.2% en pagos de deuda externa (30). Durante la pandemia, muchos de estos países no han podido asignar recursos adicionales a sus sistemas de salud y redes de seguridad social. La continua baja cobertura de vacunas en el mundo en desarrollo y las nuevas olas de infecciones causadas por variantes hacen evidente que una cantidad significativa de países de ingresos bajos y medios necesitan una cancelación urgente de la deuda.

La agrupación G20 de las naciones más ricas del mundo acordó US\$7 mil millones en suspensiones de deuda para 46 países de ingresos bajos en el 2020, y se espera que una cantidad similar se posponga en el 2021 (31). No obstante, la cantidad pospuesta en el 2020 era sólo el 24% de los reembolsos de deuda que esos países debían, por lo que seguían pagando tres de cada cuatro dólares que debían, fondos que se necesitan desesperadamente durante una crisis sin precedentes. Los pagos de la deuda también se pospusieron hasta el 2022, y las cuentas futuras más grandes se interpusieron en el camino de la recuperación.

Se están utilizando nuevas fuentes de financiamiento, con la asignación más grande jamás realizada de US\$ 650 000 mil millones en Derechos Especiales de Giro, un activo de reserva internacional creado por el FMI, anunciado en abril de 2021. La asignación proporcionará a los países con liquidez adicional sin aumentar su deuda (32). Sin embargo, los activistas de la sociedad civil advierten que estos fondos se asignan en proporción a las cuotas de los miembros del FMI, y se espera que los países ricos reciban alrededor de dos tercios del total, y los países de bajos ingresos alrededor del 1% (33). Expertos, académicos y la sociedad civil han pedido que esta asignación de derechos especiales de giro se incremente a entre US\$ 1 billón y US\$ 3 billones, en línea con la magnitud de la crisis de COVID-19, y que las naciones ricas transfieran sus asignaciones no utilizadas a los países más pobres (34). Garantizar que se produzca el alivio económico es el primer paso, pero el segundo paso es garantizar que el dinero fluya hacia los presupuestos de salud para proteger a las personas de COVID-19, VIH y otros problemas críticos de salud.



En los países de ingresos bajos, la recesión económica provocada por la pandemia y los altos niveles de deuda pública han limitado profundamente sus capacidades para hacer frente a la crisis. La continua baja cobertura de vacunas en el mundo en desarrollo y las nuevas olas de infecciones causadas por variantes hacen evidente que una cantidad significativa de países de ingresos bajos y medios necesitan una cancelación urgente de la deuda.

A medida que las olas de infecciones por COVID-19 afectan los sistemas de salud en países en desarrollo y la cobertura de las vacunas sigue siendo baja, se ha intensificado el debate sobre el régimen mundial de propiedad intelectual de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias que salvan vidas.

## Las lecciones del VIH guían las respuestas a las pandemias

Los avances logrados en las pruebas y el tratamiento del VIH son un testimonio de lo que se puede lograr cuando los países escuchan a los más afectados por una crisis y trabajan juntos para abordar esas necesidades. Durante décadas, las comunidades de personas que viven con VIH y otras poblaciones claves han impulsado la respuesta mundial al sida, exigiendo acceso a medicamentos asequibles y financiamiento suficiente para las respuestas al VIH tanto en países desarrollados como en desarrollo. Para las personas que viven con VIH, estos son problemas de vida o muerte.

A finales de 1990s, la producción de antirretrovirales genéricos de menor costo por parte de Brasil y los esfuerzos de Sudáfrica por poner estos medicamentos asequibles a disposición de su creciente población de personas que viven con VIH resultaron en una oposición feroz por parte de empresas farmacéuticas multinacionales y países desarrollados (35). En el 2000, un año de medicamentos antirretrovirales costó aproximadamente US\$ 10 000 por paciente al año, limitando el acceso a unos pocos miles de pacientes en las naciones ricas. La Organización de Apoyo al SIDA (TASO) de Uganda y la Campaña de Acción para el Tratamiento (TAC) de Sudáfrica se encontraban entre las organizaciones de la sociedad civil que encabezaban los llamados a acceder a la terapia antirretroviral para todos. Mientras que las muertes anuales relacionadas con el sida sobrepasaron 1.6 millones [1.1 millones–2.4 millones] en el 2001, devastando regiones enteras del África subsahariana, los estados miembros de la Organización Mundial del Comercio adoptaron la Declaración de Doha sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, el cual afirmó que las protecciones de la propiedad intelectual, como las patentes, no deberían interponerse en la respuesta de un país a una crisis de salud pública, incluyendo las relacionadas con el VIH, tuberculosis, malaria y otras epidemias (36).<sup>4</sup> Las licencias obligatorias de medicamentos patentados y otras tecnologías sanitarias permitidas en virtud de la Declaración, así como los mecanismos de concesión de licencias voluntarias, aceleraron la producción de genéricos y la adquisición y distribución de productos sanitarios asequibles con asistencia internacional. El precio promedio por persona para un año de terapia triple altamente activa en países de ingresos bajos y medios ha caído desde entonces a menos de US\$ 100 por año.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> “ADPIC” significa Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

<sup>5</sup> Los regímenes de tratamiento de primera y segunda línea disponibles en 2020 a este precio por persona por año incluyen TDF / 3TC / DTG, TDF / 3TC / EFV, AZT / 3TC / NVP y TDF / FTC / EFV. Ver Capítulo 09 (Inversiones Para poner fin al SIDA) para obtener más detalles.

A medida que las olas de infecciones por COVID-19 afectan a los sistemas de salud en los países en desarrollo y la cobertura de vacunas sigue siendo baja, se ha intensificado el debate sobre el régimen mundial de propiedad intelectual de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias que salvan vidas. Los líderes de la respuesta al VIH, entre ellos ONUSIDA y las redes de personas que viven con VIH, se han sumado a este debate como parte de la iniciativa de vacunación popular. Las medidas urgentes defendidas por la iniciativa incluyen: una renuncia temporal a la propiedad intelectual sobre las vacunas, tratamientos y tecnologías relacionadas a COVID-19; el intercambio por las empresas farmacéuticas de tecnología y conocimientos técnicos relacionados con COVID-19 a través del Pool de Acceso Tecnológico COVID-19 de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y una inversión grande e inmediata de dinero público para aumentar la producción mundial de vacunas, y asegurar que las vacunas, tratamientos y pruebas contra COVID-19 sean gratuitos (37).

## EL PRINCIPIO GIPA/MPPS

Desde el inicio de la respuesta a la pandemia del sida, las personas que viven con VIH han exigido con razón un asiento en la mesa de toma de decisiones. Las comunidades afectadas por el VIH también están a la vanguardia de la participación comunitaria en la prestación de servicios sociales y de salud, exigiendo la derogación de las leyes y prácticas obstrutivas, haciendo todo lo posible para prestar servicios a las comunidades marginadas y programas de supervisión para fortalecer la eficacia y la rendición de cuentas.

La mayor participación de las personas que viven con VIH/sida, conocida como el Principio de GIPA/MPPS, se expresó en una de las primeras grandes reuniones de activistas que viven con VIH en 1983. El principio GIPA/MPPS se formalizó en la Cumbre sobre el sida de París de 1994, cuando 42 países acordaron “apoyar una mayor participación de las personas que viven con VIH en absoluto... niveles [y a]... estimular la creación de entornos políticos, jurídicos y sociales favorables” (38).

El liderazgo comunitario y la prestación de servicios dentro de los países han demostrado ser críticos contra COVID-19, al igual que contra el VIH. En Côte d'Ivoire, Indonesia, Kenia y otros lugares, los grupos comunitarios han entregado medicamentos antirretrovirales y contra la tuberculosis a los hogares de las personas o a los centros locales de acogida, mientras que sus pares en Suazilandia y Kenia han entregado preservativos, lubricantes y kits de auto pruebas del VIH a los principales puntos de distribución comunitaria favorables a la población (39). Las organizaciones dirigidas por la comunidad también han adicionado tareas de COVID-19 a sus actividades, incluyendo la sensibilización y la distribución de equipos de protección personal (40).

En la Reunión de Alto Nivel sobre el Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2021, el intenso diálogo entre los representantes de las personas que viven con VIH, las poblaciones claves y las delegaciones de los Estados Miembros de las Naciones Unidas fue seguido por una reafirmación del Director de GIPA dentro de la Declaración Política sobre el Sida de 2021, así como el compromiso de asegurar que las redes mundiales, regionales, nacionales y subnacionales y otras comunidades afectadas sean incluidas en la respuesta al VIH, toma de decisiones, planificación, ejecución y monitoreo, y que se les proporcione suficiente apoyo técnico y financiero.

*Una mujer que vive con VIH habla en un evento de promoción en Sudáfrica.*  
Crédito: ONUSIDA



COVID-19 es un llamado de atención. El mundo no estaba preparado para una pandemia que los científicos sabían que llegaría algún día. Muchas personas en todo el mundo en el 2021 anhelan nada más que volver a la normalidad. Pero lo normal es inaceptable. Los datos y los ejemplos positivos de este informe son una prueba de que el mundo puede y debe aspirar a mucho más.

## Los países con un alto desempeño proporcionan un camino que otros pueden seguir

La guía proporcionada por la Estrategia mundial contra el sida de 2021–2026 y la Declaración Política sobre el sida de 2021 se basa en las experiencias de los países y comunidades que enfrentan desigualdades y están haciendo grandes progresos contra sus epidemias de sida.

En Suazilandia, un fuerte liderazgo nacional y apoyo internacional, combinado con una intensa movilización comunitaria y una prestación de servicios diferenciada, ha visto crecer el programa de tratamiento del VIH del país de ingresos medios bajos hasta convertirse en un líder mundial que ha alcanzado las metas (en conjunto) 95–95–95 años antes de lo previsto (ver caso de estudio en la página 94).

Un nuevo esfuerzo apoyado por las Naciones Unidas en África occidental y central para proporcionar pruebas de VIH a las familias y a los miembros del hogar de personas diagnosticadas recientemente con VIH, conocidas como pruebas de índice basadas en la familia, está encontrando miles de personas no diagnosticadas que viven con VIH y que las vinculan con la terapia antirretroviral (ver caso de estudio en la página 122). En Nigeria, los esfuerzos de monitoreo del tratamiento liderado por la red nacional de personas que viven con VIH se están centrando en resolver las barreras de servicios que enfrentan las mujeres, las niñas y las poblaciones claves (ver caso de estudio en la página 132). En Sudáfrica, el apoyo entre pares está cerrando brechas en las pruebas y el tratamiento contra el VIH entre los hombres que viven con VIH al abordar los temores e inseguridades que están en el corazón de la evasión masculina de los servicios de salud (ver caso de estudio en la página 98).

Debido a que las medidas de COVID-19 interrumpieron los servicios de pruebas y tratamiento del VIH en América Latina y el Caribe, la dispensación de múltiples meses y la distribución comunitaria de medicamentos antirretrovirales se amplió rápidamente con el apoyo de ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (ver caso de estudio en la página 216). Bélgica y Colombia están llegando a los migrantes con servicios de VIH, a pesar de los desafíos adicionales a raíz de COVID-19 (ver casos de estudios en las páginas 358 y 232).

Sri Lanka, líder de la cobertura sanitaria universal que proporciona servicios gratuitos para la salud materno infantil y la salud sexual y reproductiva, y la planificación familiar para todos sus ciudadanos, se ha unido a la pequeña pero creciente lista de países que han logrado oficialmente la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis (ver caso de estudio en la página 118).

La asociación Go Further está ampliando los servicios de cáncer cervical en 12 países con alta carga de VIH, donde este tipo de cáncer es alarmantemente común entre las mujeres que viven con VIH, cuyos sistemas inmunológicos luchan por eliminar el virus del papiloma humano (VPH). Desde su lanzamiento en mayo de 2018, Go Further ha apoyado alrededor de 1.5 millones de exámenes de detección del cáncer cervical para mujeres que viven con VIH y ha asegurado que más de 60 000 mujeres con lesiones precancerosas reciban tratamiento (ver caso de estudio en la página 228).

En el Caribe, grupos dirigidos por la comunidad están utilizando litigios estratégicos para anular leyes que sancionan violaciones de derechos contra comunidades lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) y ponen en riesgo su salud y sus vidas (ver caso de estudio en la página 317). En Perú, las barreras de consentimiento parental que impiden el acceso de los jóvenes a las pruebas del VIH y a las leyes sobre servicios de salud sexual y reproductiva se han derribado después de años de campañas perseverantes por activistas (ver caso de estudio en la página 302).

COVID-19 es un llamado de atención. El mundo no estaba preparado para una pandemia que los científicos sabían que llegaría algún día. El coronavirus ha vuelto a exponer y agravado las desigualdades que dejan a los pobres y marginados expuestos a crisis, desde brotes de enfermedades hasta desastres naturales, desde el cambio climático hasta conflictos. Cuatro décadas de experiencia y lecciones aprendidas sobre el VIH—tanto los éxitos como los fracasos—muestran que los países y comunidades que trabajan juntos para enfrentar las desigualdades son la clave para prepararse y responder a las pandemias.

Muchas personas en todo el mundo en el 2021 anhelan nada más que volver a la normalidad. Pero lo normal es inaceptable. Los datos y los ejemplos positivos de este informe son una prueba de que el mundo puede y debe aspirar a mucho más.



Crédito : ONUSIDA

## Referencias

1. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violencia contra mujeres y niños durante COVID-19—un año más y 10 trabajos en: cuarta ronda de investigación. Washington (DC) - Centro para el Desarrollo Global; abril de 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
2. La pandemia de sombra: Violencia contra las mujeres durante COVID-19. En: ONU Mujeres [Internet]. Nueva York: ONU Mujeres; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#facts>).
3. Trabajadores sexuales en primera línea. El papel de los grupos de derechos de los trabajadores sexuales en la prestación de apoyo durante la crisis de COVID-19 en Europa. Ámsterdam: Comité Internacional sobre los Derechos de los Trabajadores Sexuales en Europa; 2021 (<https://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Sex%20workers%20on%20the%20frontline-2.pdf>).
4. Vacunas contra el coronavirus (COVID-19). En: Nuestro mundo en datos [Internet]. Oxford Martin School, Universidad de Oxford; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
5. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Descripción general de la infección por SARS-CoV-2 en adultos que viven con VIH. Lancet HIV. 2021;8(5):e294-e305.
6. Del Amo J. ¿El VIH afecta la susceptibilidad o la gravedad de COVID-19? Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6–10 marzo de 2021. Resumen 31.
7. Marty L, Lemsalu L, Kivite-Urtane A, Costagliola D, Kaupe R, Linina I et al. Revelando la dinámica de la epidemia del VIH y respuestas contrastantes en dos países de la OMS de Europa oriental: Perspectivas de la modelización y triangulación de datos. SIDA. 2021;35(4):675-80.
8. Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D et al. Prevalencia de la infección por VIH en personas afectadas por conflictos y desplazadas en siete países del África subsahariana: una revisión sistemática. Lancet. 2007;369(9580):2187-95.
9. Marukutira T, Gray RT, Douglass C, El-Hayek C, Moreira C, Asselin J et al. Brechas en el diagnóstico y la cascada de atención del VIH para los migrantes en Australia, 2013–2017: Un estudio transversal. PLoS Med. 2020;17(3):e1003044.
10. Brown AE, Attawell K, Hales D, Rice BD, Pharris A, Supervie V et al. Seguimiento de la continuidad de la atención del VIH en poblaciones claves de Europa y Asia central. VIH Med. 2018;19(7):431-9.
11. Reyes-Uruña J, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L et al. Diferencias entre los migrantes y la población nacida en España a través de la cascada de atención del VIH, Cataluña: Un análisis utilizando múltiples fuentes de datos. Información Epidemiol. 2017;145(8):1670-81.
12. Tanser F, Bärnighausen T, Vandormael A, Dobra A. Cascada de tratamiento del VIH en poblaciones migrantes y móviles. Curr Opin VIH SIDA. 2015;10:430-8.
13. Enfrentar la discriminación: Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los entornos de atención de la salud y más. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
14. La migración se centra en la integración, la xenofobia y la discriminación. Ginebra: OIT; 2017.
15. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estimación de la incidencia y prevalencia del VIH en los Estados Unidos, 2015–2019. Informe complementario de vigilancia del VIH. 2021;26(1) (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-26-1.pdf>).
16. Dailey AF, Johnson AS, Wu B. Resultados de atención del VIH entre los negros con VIH diagnosticado – Estados Unidos, 2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66(4):97-103.
17. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Disparidades raciales/étnicas y de edad en la prevalencia del VIH y la progresión de la enfermedad entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los Estados Unidos. Am J Public Health. 2007;97(6):1060-6.
18. Oh DL, Sarafian F, Silvestre A, Brown T, Jacobson L, Badri S et al. Evaluación de la adherencia y los factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral combinada entre hombres blancos, hispanos y negros en MACS Cohort. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52(2):290-3.
19. Lyons SJ, Dailey AF, Yu C, Johnson AS. Resultados de asistencia entre personas negras o afroamericanas con VIH diagnosticado en áreas estadísticas rurales, urbanas y metropolitanas as – 42 jurisdicciones estadounidenses, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(7):229-35.
20. Kavanagh M, Agbla SC, Pillinger M, Joy M, Case A, Erondu N et al. Ley, criminalización y VIH en el mundo: ¿Los países que criminalizan han logrado respuestas más o menos exitosas a la pandemia de SIDA? O'Neill Institute for National and Global Health pre-print white paper; 2021 (<https://www.hivpolicylab.org/documents/reports/hlm/PRE-PRINT%20WHITE%20PAPER-Kavanagh%20et%20al-Law%20Criminalization%20%26%20HIV%20in%20the%20World-2021.pdf>).

21. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos sobre la salud de la violencia de pareja y la violencia sexual sin pareja. Ginebra: OMS; 2013.
22. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Violencia y compromiso de pareja íntima en la atención y tratamiento del VIH entre mujeres: Una revisión sistemática y un metanálisis. SIDA. 2015;29(16):2183-94.
23. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Duración de la educación secundaria y riesgo de infección por VIH en Botsuana: evidencia de un experimento natural. Lancet Glob Health. 2015;3(8):e470-e477.
24. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Instituciones de salud con género: examinando la organización de los servicios de salud y el uso de las pruebas contra el VIH por parte de los hombres en Malawi. J Int SIDA Soc. 2020;23:e25517.
25. Cornell M, Majola M, Johnson LF, Dubula-Majola V. Servicios de VIH en el África subsahariana: La mayor brecha son los hombres. Lancet. 2021;397(10290):2130-2.
26. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P et al. Intervención domiciliaria para probar y comenzar (HITS): Un ensayo controlado aleatorizado por la comunidad para aumentar la adopción de las pruebas del VIH entre los hombres de las zonas rurales de Sudáfrica. J Int SIDA Soc. 2021;24(2):e25665.
27. Monitor fiscal: una buena oportunidad. Washington (DC): FMI; 2021 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/fiscal-monitor/2021/April/English/text.ashx>).
28. El gasto de COVID-10 ayudó a elevar la ayuda extranjera a un máximo de todos los tiempos en el 2020. Nota detallada. París: OECD; 2021 (<https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/ODA-2020-detailed-summary.pdf>).
29. COVID-19 y la crisis de deuda que se avecina. Innocenti Policy Brief series. Oficina de Investigaciones de UNICEF: Florencia;; 2021 ([https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series\\_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf](https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf)).
30. Sesenta y cuatro países gastan más en pagos de deuda que en salud. En: Campaña Jubileo de Deuda [Internet]. 12 de abril de 2020. Worcester (Reino Unido): Campaña de la deuda del jubileo (<https://jubilee-debt.org.uk/press-release/sixty-four-countries-spend-more-on-debt-payments-than-health>).
31. Fresnillo I. La iniciativa de suspensión del servicio de la deuda de G20. ¿Vaciar el Titanic con un cubo? Documento informativo. Bruselas: Eurodad; 2020 ([https://www.eurodad.org/g20\\_dssi\\_shadow\\_report](https://www.eurodad.org/g20_dssi_shadow_report)).
32. Comunicado de la 43<sup>a</sup> Reunión del CMFI. Fondo Monetario Internacional. 8 de abril de 2021 (<https://www.imf.org/en/News/Articles/2021/04/08/communique-of-the-forty-third-meeting-of-the-imfc>).
33. Munevar D, Mariotti C. La pregunta de los 3 billones de dólares: ¿Qué diferencia hará la nueva asignación de DEG del FMI a los más pobres del mundo? Bruselas: Eurodad; 2021 ([https://www.eurodad.org/imf\\_s\\_new\\_sdrs\\_allocation](https://www.eurodad.org/imf_s_new_sdrs_allocation)).
34. Main A, Weisbrot M, Jacobs D. La economía mundial necesita un estímulo: Los Derechos Especiales de Giro del FMI son fundamentales para contener la pandemia e impulsar la economía mundial. En: Centro de Investigaciones Económicas y Políticas [Internet]. 22 de junio de 2020. Washington (DC) - Centro de Investigación Económica y Política(<https://cepr.net/report/the-world-economy-needs-a-stimulus-imf-special-drawing-rights-are-critical-to-containing-the-pandemic-and-boosting-the-world-economy/>).
35. Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Conducir una década de cambio: VIH/SIDA, patentes y acceso a medicamentos para todos. J Int Soc. SIDA 2011;14:15.
36. Declaración sobre el Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, Doha (Qatar), 9 a 13 de noviembre de 2001 ([https://www.wto.org/english/res\\_e/booksp\\_e/ddec\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/ddec_e.pdf)).
37. 5 pasos para poner fin al apartheid de la vacuna. En: La vacuna popular [Internet]. Oxfam, la vacuna popular; 2021 (<https://peoplesvaccine.org/our-demands/>).
38. La mayor participación de las personas que viven con el VIH (GIPA). Resumen de políticas. Ginebra: ONUSIDA; 2007 ([https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299\\_policy\\_brief\\_gipa.pdf](https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf)).
39. Aplicación de la Hoja de Ruta de Prevención del VIH 2020: Cuarto informe sobre la marcha de los trabajos. Ginebra: ONUSIDA; 2020.
40. Nuestras voces: Impacto de COVID-19 en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas en África oriental y meridional. ITPC, Salamander Trust, haciendo olas: Octubre de 2020 ([https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC\\_MW\\_SalT\\_Our\\_voices\\_SRHR\\_COVID\\_Work\\_in\\_progress\\_report\\_7\\_messages.pdf](https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SalT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf)).

III

# SERVICIOS DE VIH: ÉXITOS Y DESAFÍOS





# 01

## PREVENCIÓN COMBINADA DEL VIH

Las combinaciones de opciones de prevención del VIH fundamentadas en la evidencia, adaptadas a las necesidades de las poblaciones con mayor riesgo de infección, han demostrado ser eficaces en una variedad de escenarios epidémicos y culturales. Países con epidemias diversas y recursos, incluyendo Burkina Faso, Suazilandia, Nepal, Países Bajos, Tailandia, Vietnam y Zimbabue están logrando reducir notablemente las nuevas infecciones por VIH. Se pueden lograr disminuciones significativas en las nuevas infecciones por VIH cuando se moviliza un fuerte compromiso político, se abordan las barreras estructurales, se dirigen los recursos estratégicamente donde pueden tener el máximo impacto y se apoyan e integran las actividades dirigidas por la comunidad con programas de prevención.

Cuando se utilizan a escala y en combinación, el impacto de estas intervenciones es formidable. Se estima que el uso del condón ha evitado más de 100 millones de infecciones en todo el mundo desde 1990, mientras que la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) está contribuyendo a la disminución de la incidencia del VIH en varios países prioritarios del África subsahariana (1–3). Aunque el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) está aún lejos de los niveles que aspiran las metas, el amplio uso de esta poderosa herramienta de prevención está acelerando la disminución de las infecciones por VIH en las zonas urbanas de Australia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y los Estados Unidos de América. La terapia antirretroviral también ha contribuido significativamente a la reducción de las infecciones por VIH entre adultos y niños en las últimas dos décadas: El tratamiento sostenido suprime el VIH dentro del cuerpo de las personas que viven con VIH, haciendo que el virus sea indetectable y la infección por VIH no se transmita.

La Coalición Mundial para la Prevención del VIH ha ayudado a aumentar la atención mundial a la prevención del VIH, y los 28 países de la Coalición han adoptado ambiciosos objetivos nacionales de prevención del VIH. Los compromisos de los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) en el marco de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el sida de 2021 se basan en los esfuerzos de la Coalición para proporcionar recursos con urgencia, intensificar y ampliar las intervenciones de prevención eficaces. La Declaración requiere que el 95% de las personas en riesgo de infección por VIH dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos tengan acceso y utilicen opciones de prevención de combinación apropiadas, priorizadas, centradas en la persona y efectivas. También señala que las poblaciones claves corren un riesgo muy elevado de adquirir VIH, y pide que las infecciones anuales por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes se reduzcan por debajo de 50 000 para el 2025.

Sin embargo, demasiados países no están siguiendo este enfoque a una escala o intensidad suficientes, y las barreras sociales —como las leyes punitivas— a menudo siguen sin ser abordadas. El aumento de las infecciones por VIH en muchos de estos países está compensando las reducciones logradas por los países de alto rendimiento. Como resultado, el número anual de nuevas infecciones entre los adultos en todo el mundo apenas ha cambiado en los últimos cuatro años, y en el 2020 fue sólo un 31% menor que en el 2010.



*La metadona se dispensa para la terapia de sustitución de opioides en el hospital del distrito de Putao en Myanmar.*

*Crédito: ONUSIDA*

## **OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021**

- Reducir las nuevas infecciones por VIH a menos de 370 000.
- Garantizar que el 95% de las personas en riesgo de infección por VIH, en grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos, tengan acceso y utilicen opciones de prevención combinadas apropiadas, priorizadas, centradas en las personas y eficaces.
- Adaptar los enfoques de prevención combinada del VIH para satisfacer las diversas necesidades de las poblaciones claves, incluyendo entre los trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, personas transgénero, personas en cárceles y otros entornos cerrados y todas las personas que viven con VIH.
- Reducir el número de nuevas infecciones por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes a menos de 50 000.
- Asegurar la disponibilidad de PrEP para las personas con riesgo sustancial de VIH y profilaxis post-exposición para las personas recientemente expuestas al VIH.
- El 95% de las personas en entornos humanitarios en riesgo de contraer VIH utilizan opciones de prevención combinada apropiadas, priorizadas, centradas en las personas y eficaces.

# DATOS SOBRE EL VIH

## Los condones son una parte esencial de la prevención combinada

Cuando se usan correctamente y consistentemente, los condones y lubricantes masculinos y femeninos ofrecen una protección muy alta contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado. El uso de preservativos ha tenido un enorme impacto en la pandemia del sida: Los modelos simulados muestran que el aumento del uso de preservativos desde 1990 ha evitado un estimado de 117 millones de nuevas infecciones (Figura 1.1), cerca de la mitad (47%) de ellas en el África subsahariana y más de un tercio (37%) en Asia y el Pacífico (1).

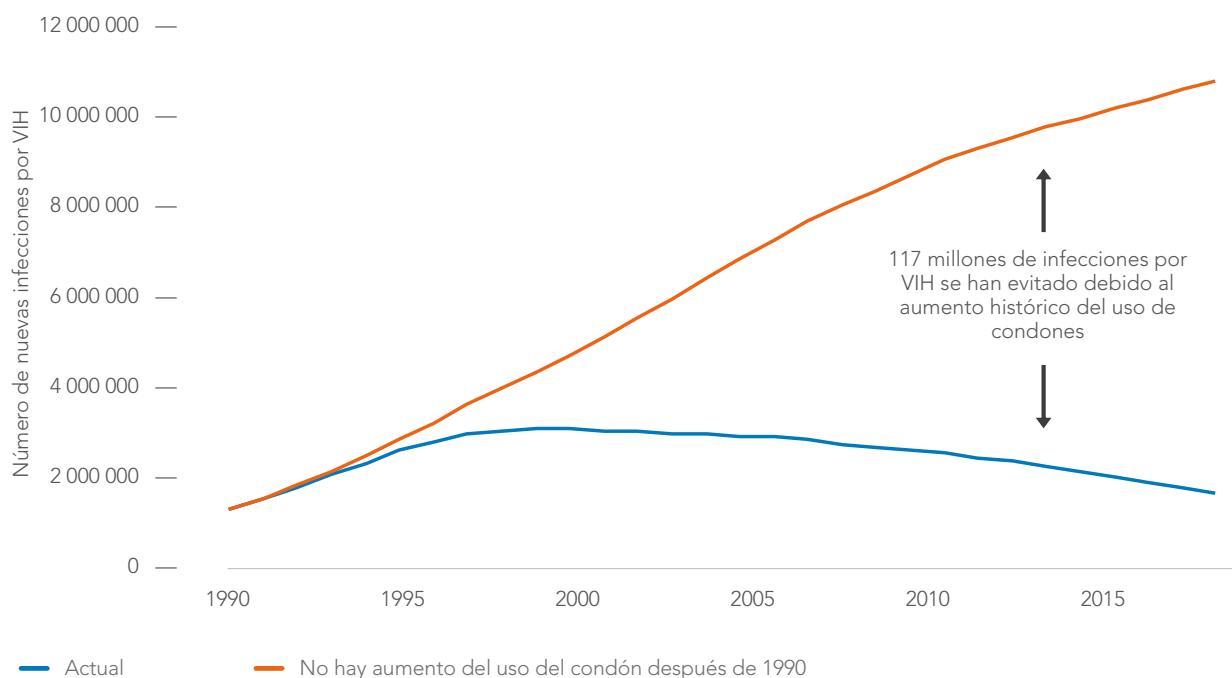
Los programas de condones se encuentran entre las intervenciones más rentables en la respuesta al VIH (4). Suponiendo un costo promedio de aproximadamente US\$ 0.18 por cada condón masculino distribuido, cada uno evitó la infección por VIH durante 1990–2019 costando aproximadamente US\$ 230 (1). No obstante, en los últimos años, los programas de comercialización social de condones y la generación de la demanda de preservativos han disminuido. Los datos de encuestas basadas en la población realizadas después de 2015 también sugieren que el uso del condón ha disminuido entre las personas jóvenes de varios países del África subsahariana.

El uso constante del condón, aunque posible, ha resultado difícil de lograr entre todas las poblaciones. Por ejemplo, las mujeres de muchos países necesitan mayores medios y apoyo para negociar un uso coherente del condón. Por lo tanto, los condones solos no son suficientes para controlar las epidemias de VIH: si se aumentan las tasas de uso de preservativos para lograr la meta de 2025 del 95% de los actos sexuales de mayor riesgo y todas las demás intervenciones de prevención permanecen en los niveles de cobertura de 2019, se logrará aproximadamente un tercio de las reducciones requeridas en las infecciones por VIH (Figura 1.2). El logro total de las metas de 2025 requiere combinar el aumento de la disponibilidad y el uso de condones con una gama completa de opciones de prevención (1).



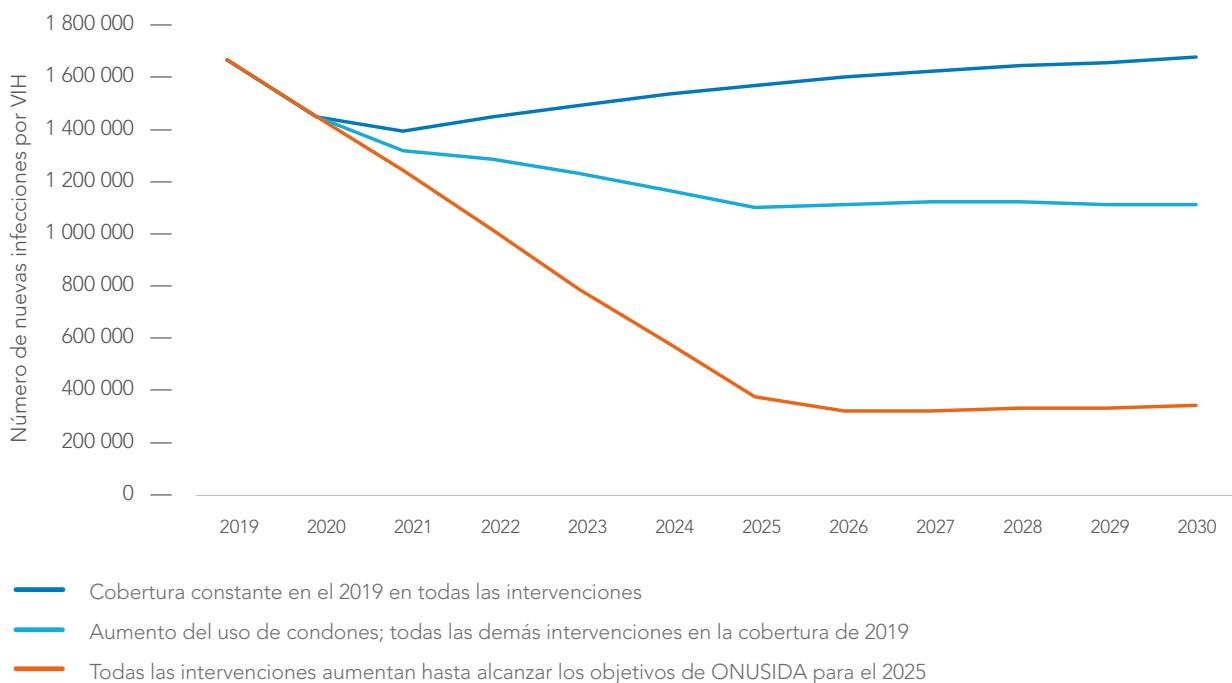
El aumento en el uso de condones desde 1990 ha evitado un estimado de 117 millones de nuevas infecciones.

**FIGURA 1.1 | NUEVAS INFECCIONES POR VIH CON Y SIN AUMENTO DEL USO DE CONDONES, MUNDIAL, 1990–2019**



Fuente: Stover J, Teng Y. El impacto del uso de condones en la epidemia del VIH [versión 1]. Gates Open Res. 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1

**FIGURA 1.2 | EL IMPACTO DEL USO DE CONDONES EN NUEVAS INFECCIONES POR VIH EN EL FUTURO EN TRES ESCENARIOS, MUNDIAL, 2019–2030**



Fuente: Stover J, Teng Y. El impacto del uso de condones en la epidemia del VIH [versión 1]. Gates Open Res. 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1

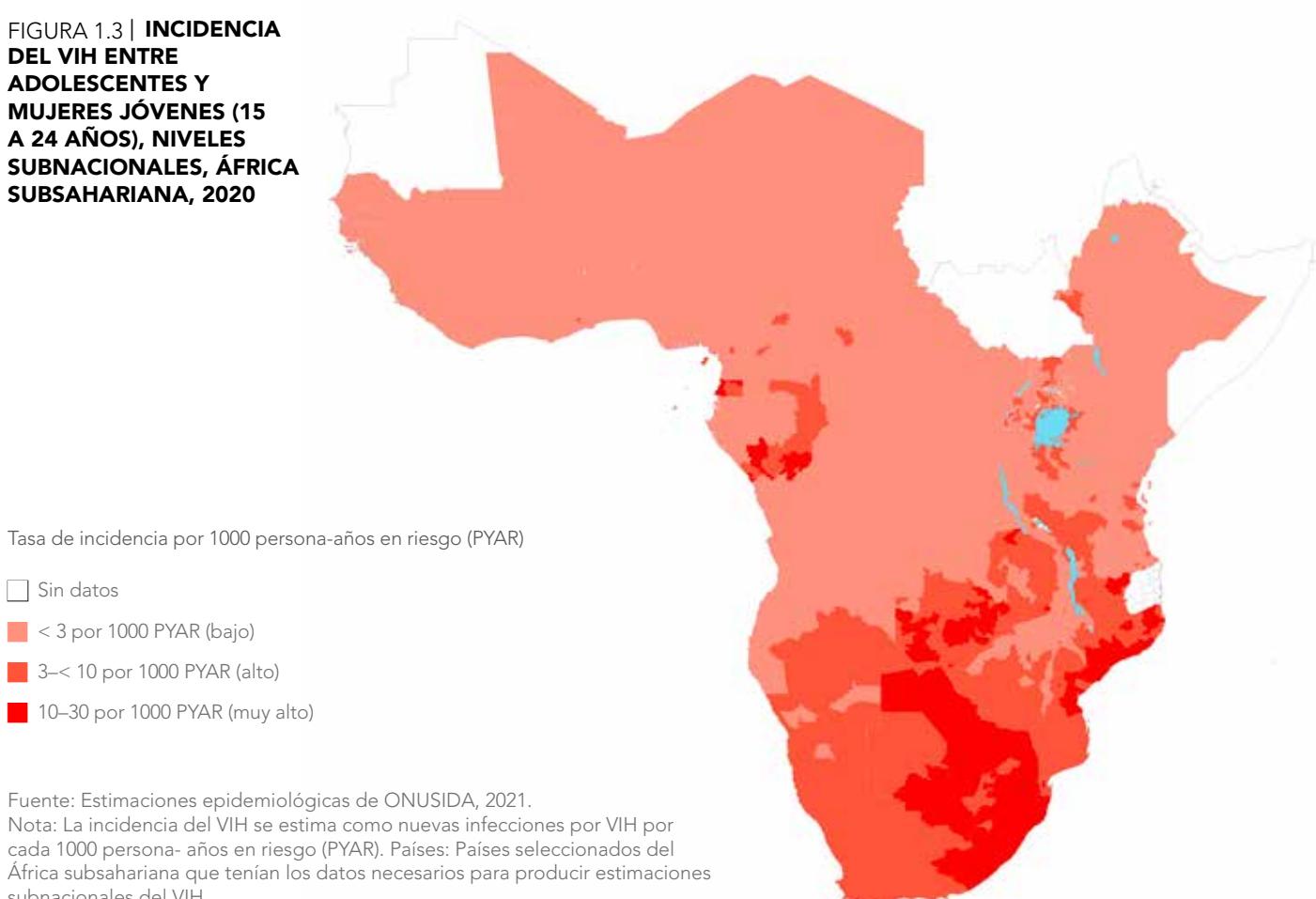
# DATOS SOBRE EL VIH

## La prevención del VIH en las adolescentes y las mujeres jóvenes carece de escala e impacto

La desigualdad de género, sustentada por normas de género nocivas, restringe el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH. En el 2020, habían 260 000 [150 000–390 000] infecciones por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes alrededor del mundo, muy por debajo de la meta de 50 000 para el 2025. El 83% de estas infecciones se produjeron en África subsahariana, donde las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) representan el 25% de las infecciones por VIH, a pesar de representar solo el 10% de la población.

A pesar de que se están ejecutando varios proyectos de prevención integral para las adolescentes y las mujeres jóvenes a través de la asociación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y los programas nacionales como She Conquers de Sudáfrica, la respuesta en entornos con una alta incidencia del VIH todavía carece de escala e impacto. De los 38 países del África subsahariana con datos sobre la incidencia del VIH a nivel subnacional, 20 países tenían un total de 555 lugares subnacionales con una incidencia de VIH alta, muy alta o extremadamente alta (Figura 1.3). De esos lugares subnacionales, sólo el 30% (200) tenían programas sobre el VIH dedicados para las adolescentes y las mujeres jóvenes en el 2020.

**FIGURA 1.3 | INCIDENCIA DEL VIH ENTRE ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES (15 A 24 AÑOS), NIVELES SUBNACIONALES, ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2020**



## A las mujeres a menudo se les niega la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son la base de la capacidad de las mujeres y las niñas para prevenir la adquisición del VIH. La Asamblea General de las Naciones Unidas se ha comprometido a garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tengan sus necesidades servicios de salud sexual y reproductiva y VIH satisfechas para el 2025, pero muy pocos países de ingresos bajos y medios están actualmente al alcance de esa meta (Figura 1.4). Los servicios de planificación familiar son un componente importante de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pero la disponibilidad de estos servicios varía ampliamente. En 32 países con datos disponibles entre 2015 y 2020, el porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que pudieron satisfacer su demanda de planificación familiar con métodos modernos osciló entre el 6% en Albania y 87% en Colombia.

El cumplimiento de las necesidades de planificación familiar varía según las características de entorno. Las mujeres tenían más probabilidades de satisfacer su demanda de planificación familiar utilizando métodos modernos si vivían en zonas urbanas en comparación con las zonas rurales (19 de 32 países), o si tenían educación secundaria o superior en comparación a ninguna educación formal o sólo primaria (en 21 de 32 países). Ese porcentaje también tendía a ser más alto para las mujeres mayores en comparación con las mujeres más jóvenes, y para las mujeres en el quintil más alto de riqueza en comparación con sus pares en el quintil más bajo. En 17 de los 32 países, esa disparidad no era muy grande (<10%) o no estaba presente en absoluto, pero era muy amplia (>25%) en otros países (Angola, Camerún, Guinea, Malí, Nigeria, Papua Nueva Guinea y Uganda).

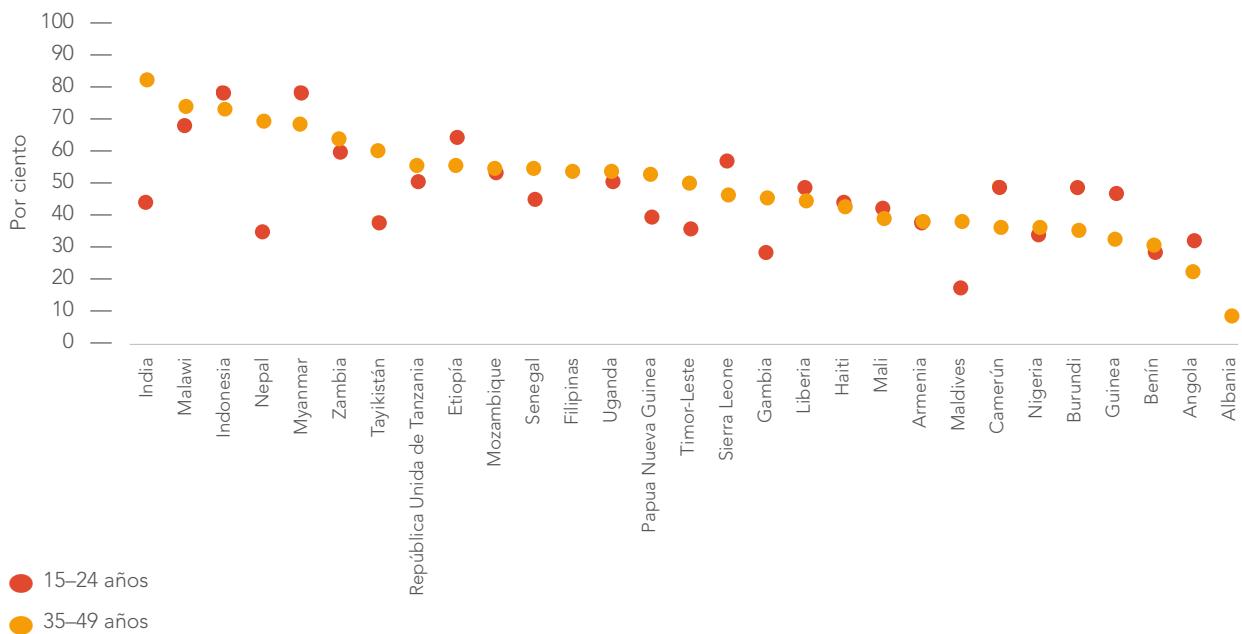
Los servicios de planificación familiar son un componente importante de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, pero la disponibilidad de estos servicios varía ampliamente



Crédito : ONUSIDA

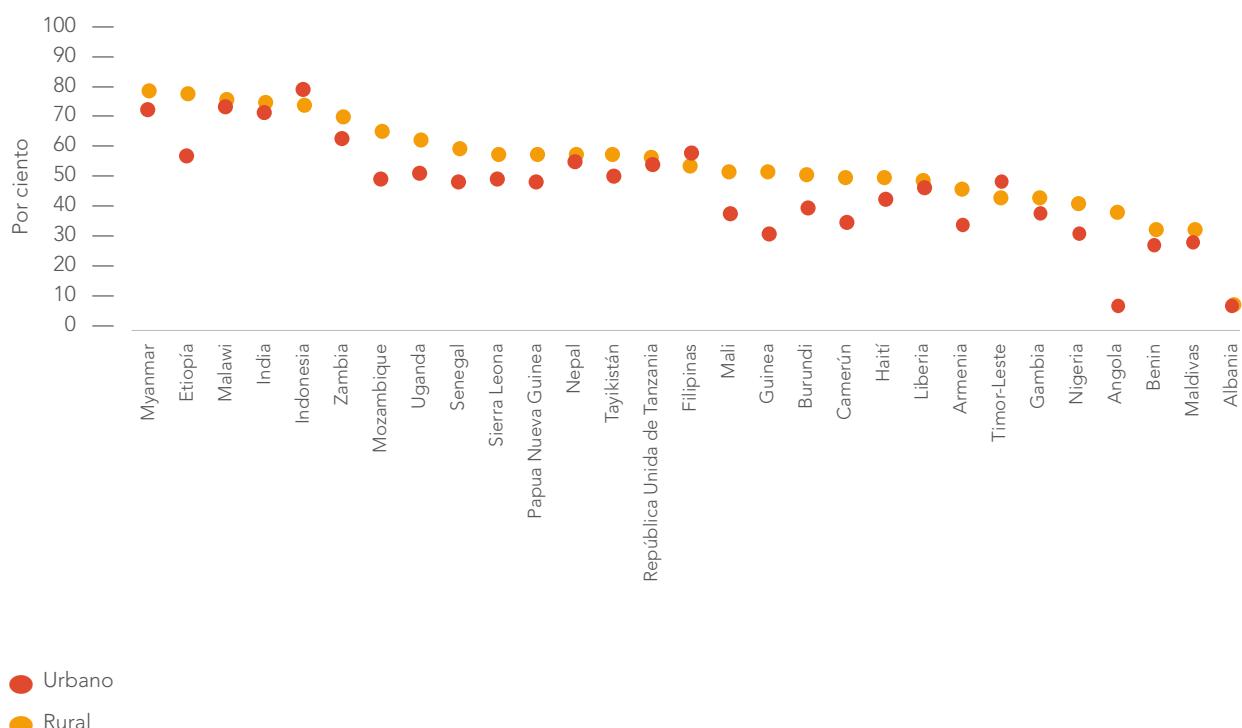
**FIGURA 1.4 | MUJERES (15–49 AÑOS) QUE TIENEN SU DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SATISFECHA POR MÉTODOS MODERNOS, POR EDAD, NIVEL DE EDUCACIÓN, LUGAR DE RESIDENCIA Y QUINTIL DE RIQUEZA, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2015–2020**

#### EDAD



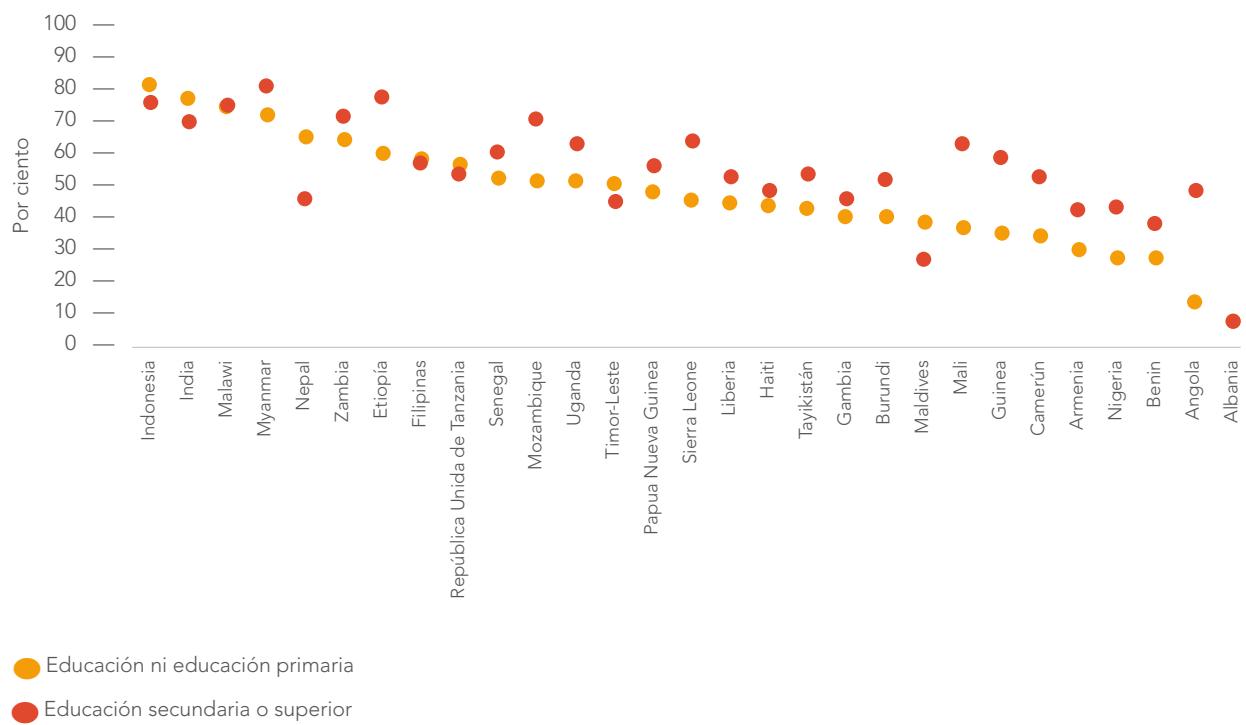
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2020.

#### LUGAR DE RESIDENCIA



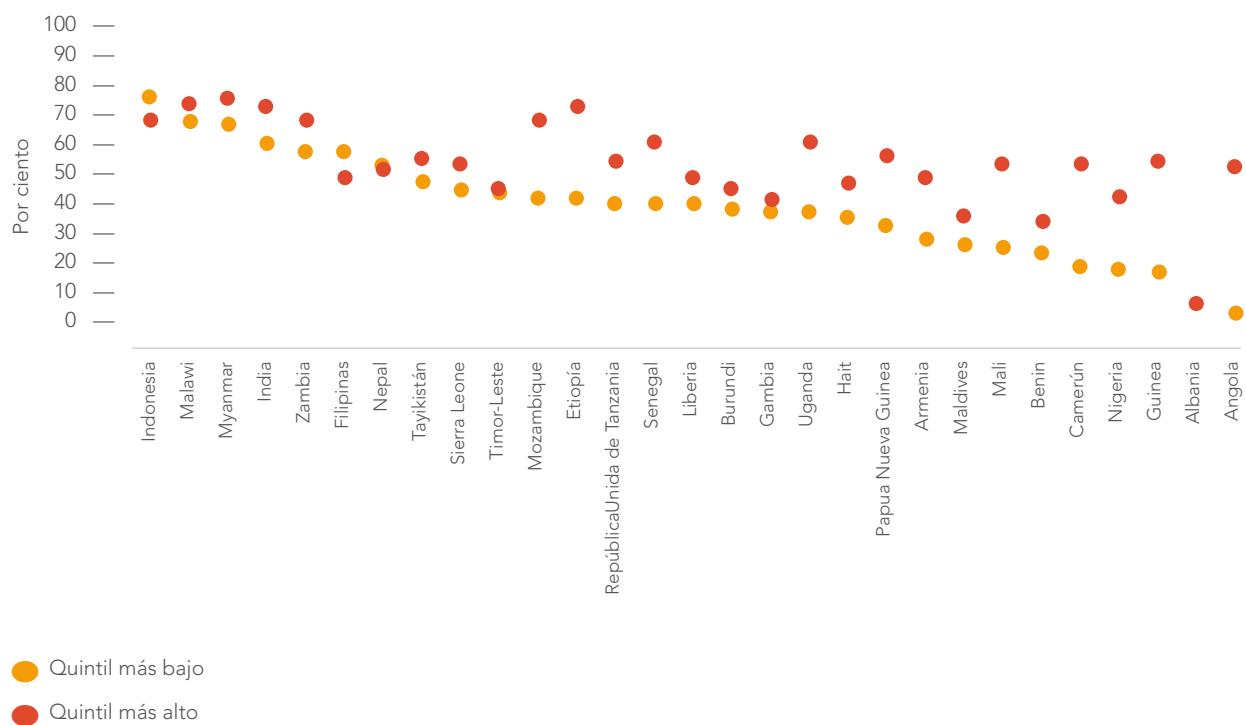
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2020.

## NIVEL DE EDUCACIÓN



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2020.

## RIQUEZA DE LOS HOGARES



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2020.

# DATOS SOBRE EL VIH

Los programas de prevención para las poblaciones claves tienen un buen desempeño cuando las organizaciones dirigidas por la comunidad están estrechamente involucradas en el diseño e implementación de los mismos, y cuando las leyes y políticas punitivas están ausentes o no se aplican.

## Cobertura desigual de opciones de prevención para poblaciones claves

En todos los países y regiones, los servicios importantes de prevención del VIH para las poblaciones claves son de acceso desigual o están completamente ausentes. Por ejemplo, los servicios de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas rara vez se proporcionan a una escala significativa. Asimismo, la cobertura de los programas de prevención para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sigue siendo uniformemente baja, incluso entre los países de ingresos altos.

La cobertura de los programas de prevención para las personas transgénero es escasa, excepto en América Latina, aunque los países de Asia y el Pacífico, África occidental y central, Europa oriental y África central reportaron niveles relativamente altos ( $>70\%$ ) de uso de condones en las últimas relaciones sexuales de mayor riesgo entre las personas transgénero (Figura 1.5).

En África oriental y meridional, la cobertura de los programas de prevención entre los trabajadores sexuales sigue siendo baja, y el uso de condones en las últimas relaciones sexuales de mayor riesgo está por debajo de los niveles necesarios para reducir drásticamente la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales remuneradas. Los niveles de uso del condones por parte de los trabajadores sexuales durante las relaciones sexuales pagadas son mucho más alto en todas las demás regiones, excepto en Medio Oriente y el norte de África.

Los niveles de uso de condones o equipo de inyección estéril tienden a reflejarse en las encuestas que se realizan en lugares donde se están ejecutando programas relevantes. Los datos sugieren que cuando los programas de prevención para las poblaciones claves se proporcionan a escala, funcionan relativamente bien. Los programas también funcionan bien cuando las organizaciones dirigidas por la comunidad están estrechamente involucradas en el diseño e implementación de los mismos, y cuando las leyes y políticas punitivas están ausentes o no se aplican.

A menudo, las personas en las cárceles y otros entornos cerrados no reciben servicios de VIH a pesar de su elevado riesgo de contraer VIH y otras enfermedades transmisibles. Entre los países que informaron a ONUSIDA entre 2017 y 2021 sobre la disponibilidad de varios servicios, 52 de los 137 países informantes dijeron que se habían puesto a disposición de los reclusos condones y lubricantes, 32 de los 140 países informantes dijeron que los programas de terapia de sustitución de opiáceos estaban operativos en las cárceles, y sólo 11 de los 141 países informantes dijeron que los programas de intercambio de agujas y jeringuillas estaban en funcionamiento en las cárceles.

Crédito: ONUSIDA

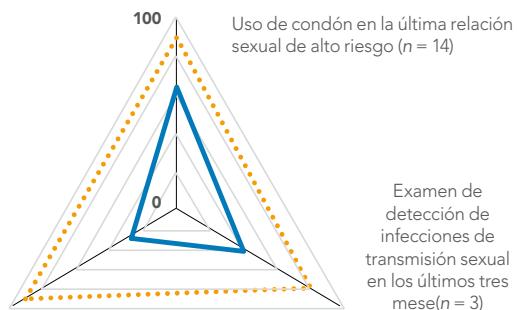


**FIGURA 1.5 | BRECHA PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE PREVENCIÓN COMBINADA ENTRE POBLACIONES CLAVES, POR INTERVENCIÓN, 2016–2020**

### ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL

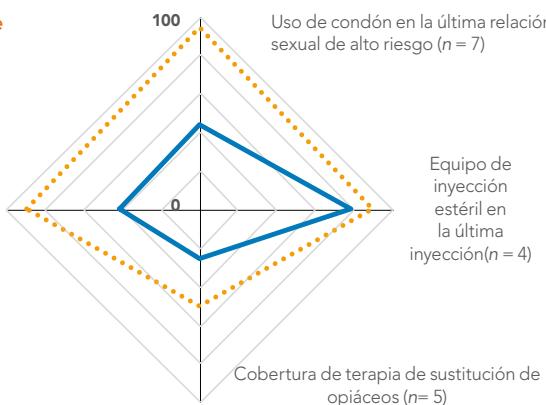
#### Trabajadores Sexuales

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 4)



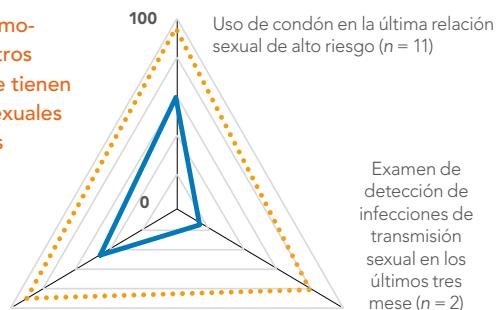
#### Personas que se inyectan drogas

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 2)



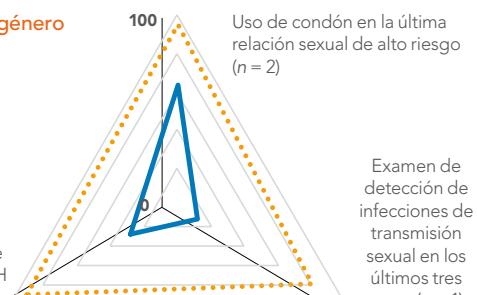
#### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 2)



#### Personas transgénero

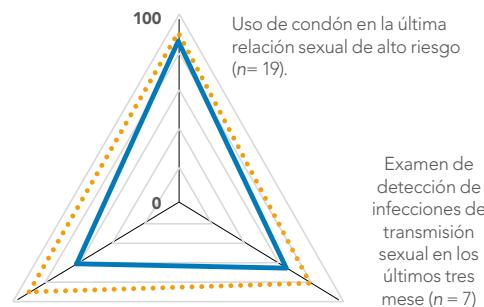
Cobertura de programas de prevención VIH (n = 1)



### ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL

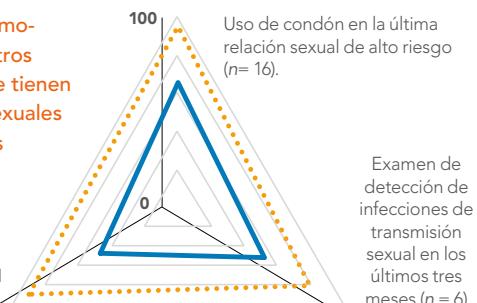
#### Trabajadores Sexuales

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 6)



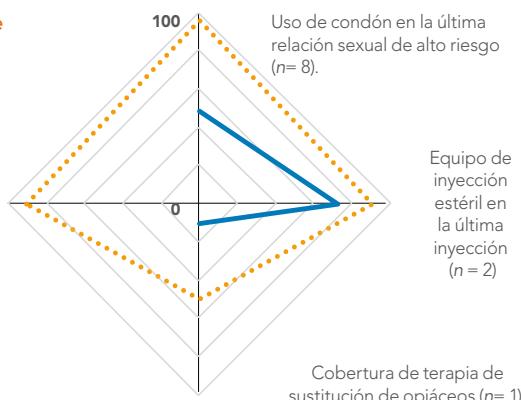
#### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 6)



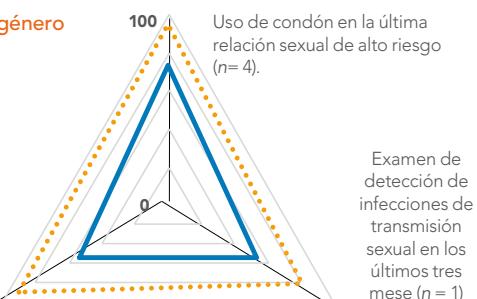
#### Personas que se inyectan drogas

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 0)



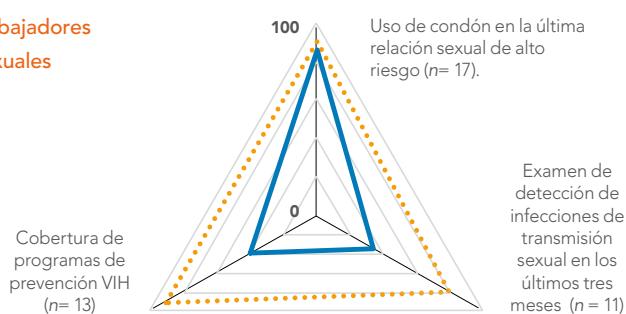
#### Personas transgénero

Cobertura de programas de prevención VIH (n = 1)

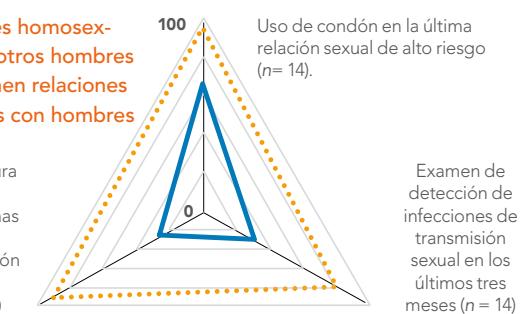


## ASIA Y EL PACÍFICO

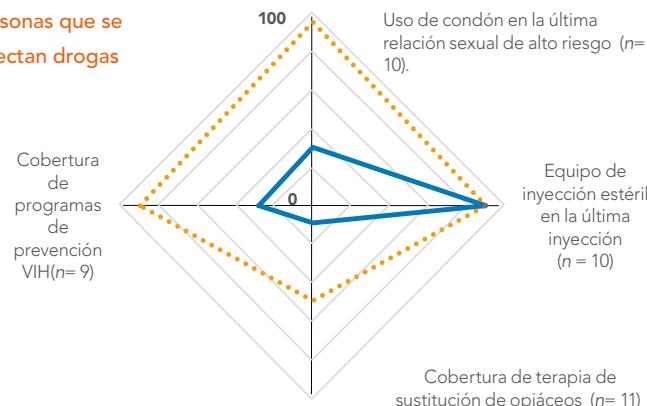
### Trabajadores Sexuales



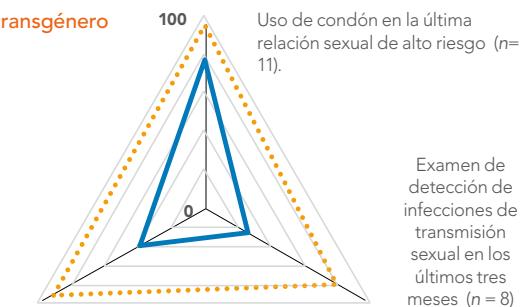
### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



### Personas que se inyectan drogas

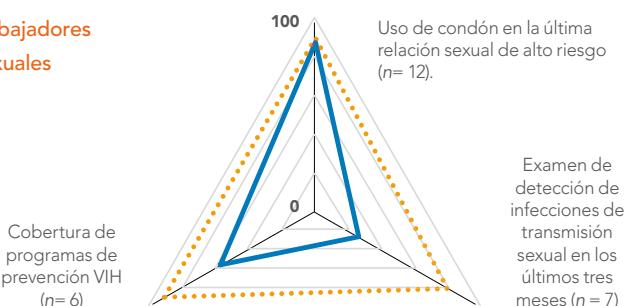


### Personas transgénero

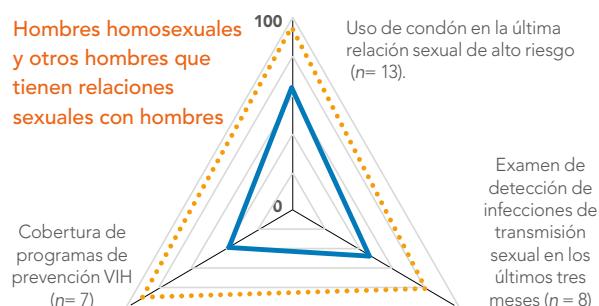


## AMÉRICA LATINA

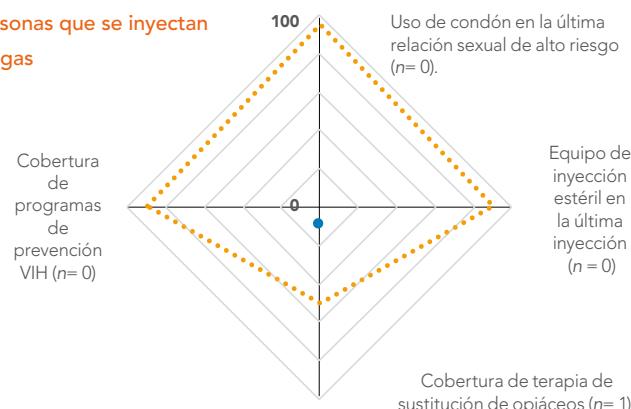
### Trabajadores Sexuales



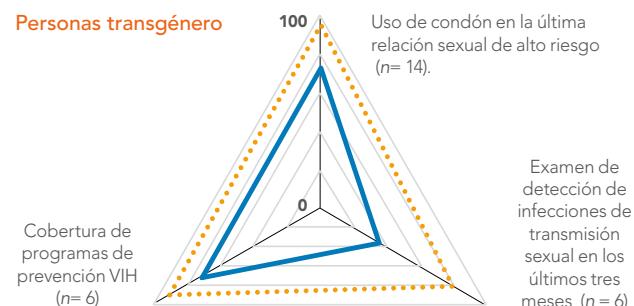
### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



### Personas que se inyectan drogas

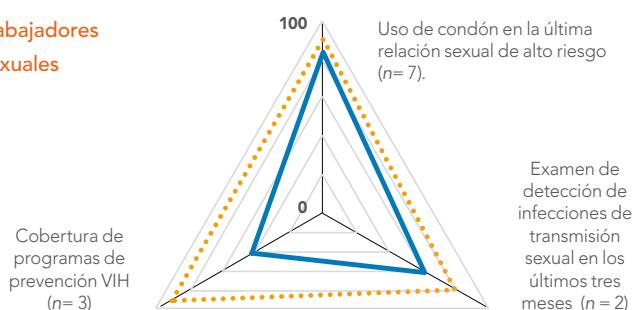


### Personas transgénero

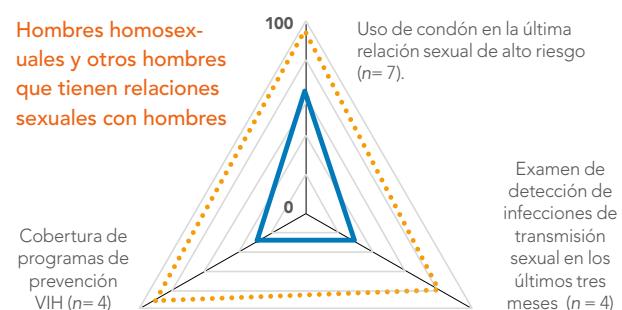


## CARIBE

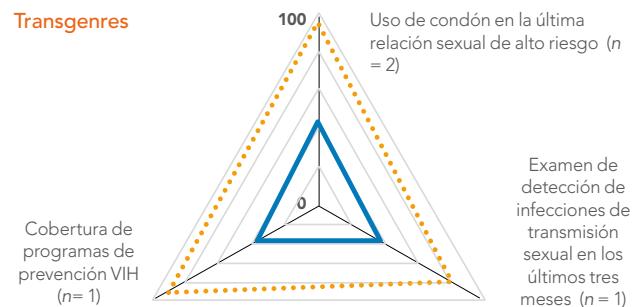
### Trabajadores Sexuales



### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

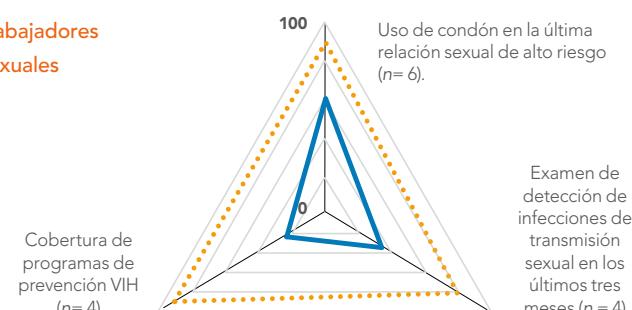


### Transgenres

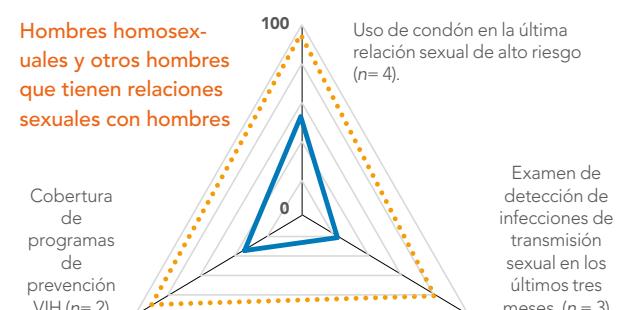


## MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE

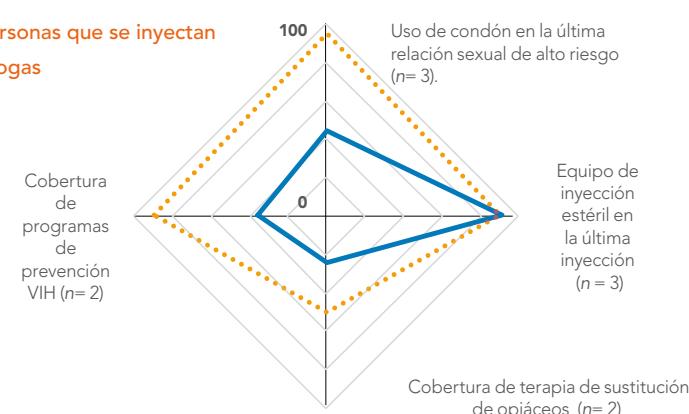
### Trabajadores Sexuales



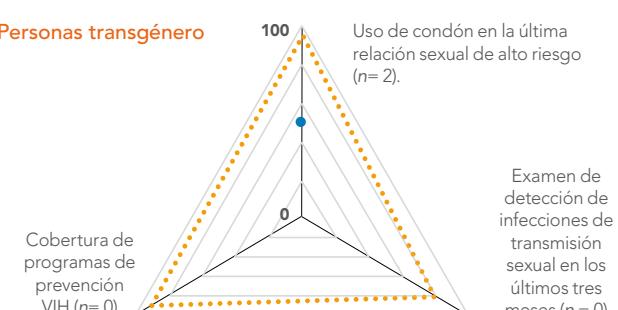
### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



### Personas que se inyectan drogas

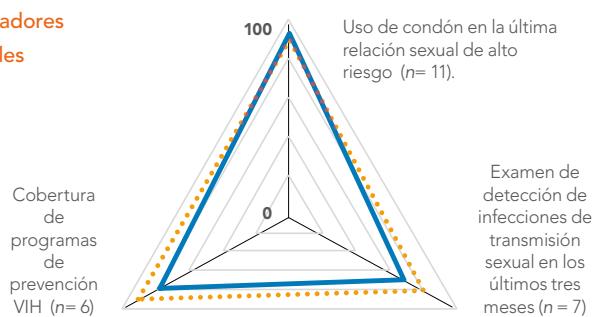


### Personas transgénero

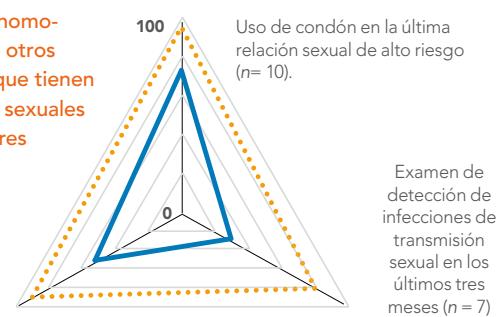


## EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

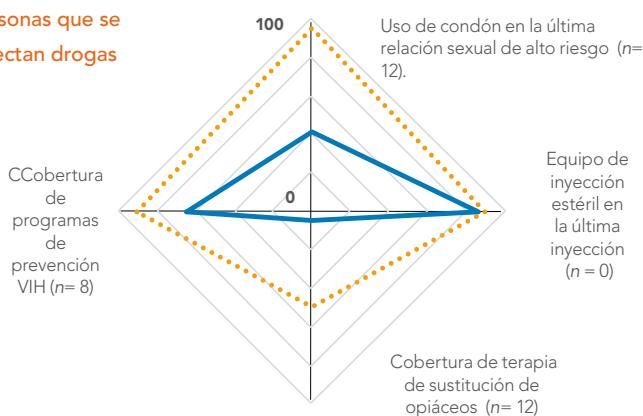
### Trabajadores Sexuales



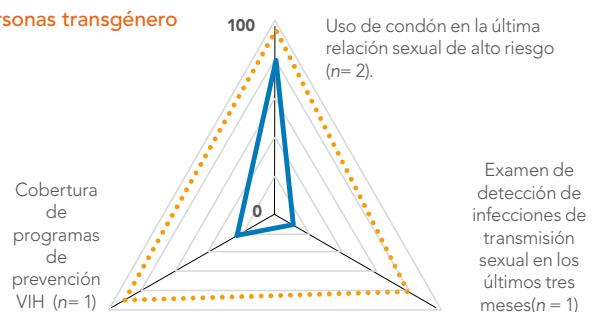
### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



### Personas que se inyectan drogas

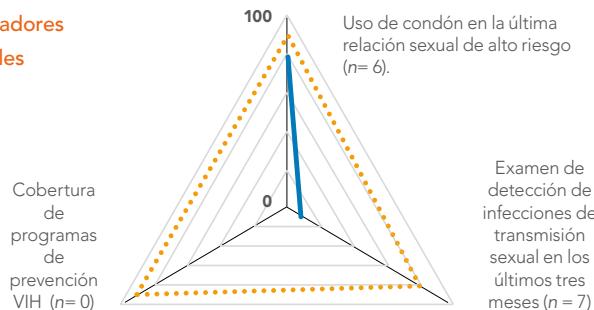


### Personas transgénero

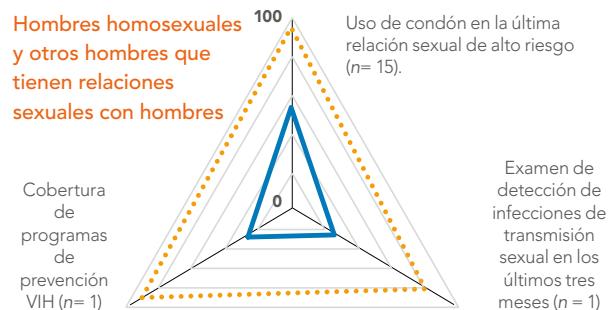


## EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE

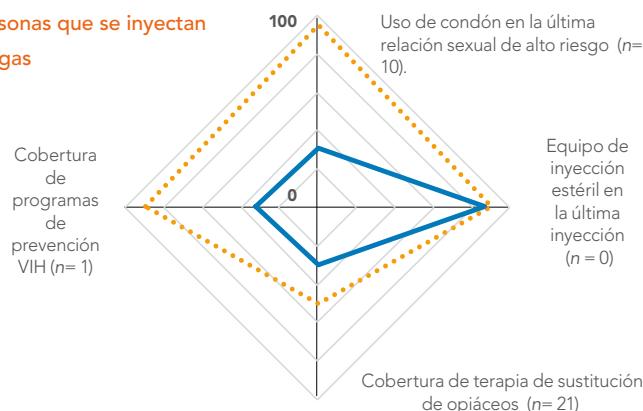
### Trabajadores Sexuales



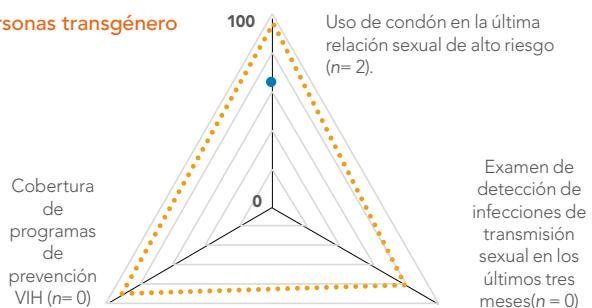
### Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres



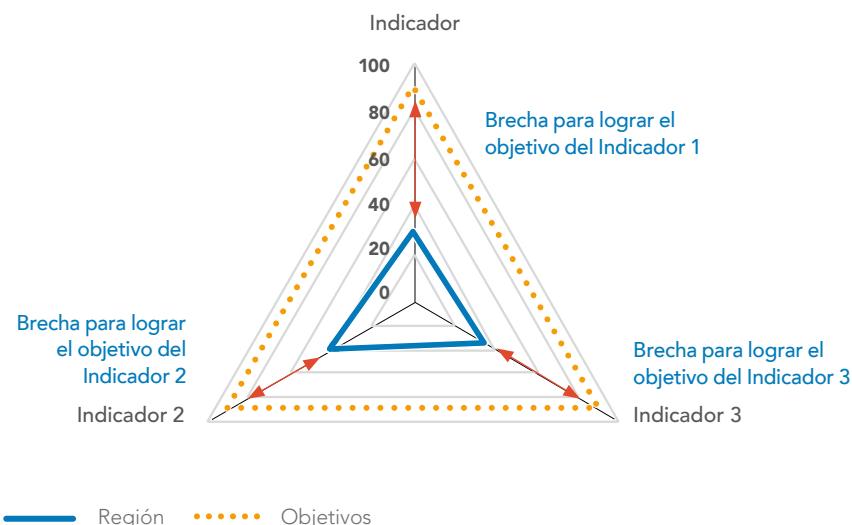
### Personas que se inyectan drogas



### Personas transgénero



## CÓMO LEER ESTA GRÁFICA ?



Nota: La "cobertura de los programas de prevención del VIH" se refiere a las poblaciones claves que informaron haber recibido al menos dos servicios de prevención en los últimos tres meses. Los posibles servicios de prevención recibidos incluyen: condones y lubricantes y asesoramiento sobre el uso del condón y las relaciones sexuales seguras (todas las poblaciones claves); pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (trabajadores sexuales, personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres); y equipo de inyección estéril (personas que se inyectan drogas).

Uso del condón en las últimas relaciones sexuales de alto riesgo entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se inyectan drogas y las personas transgénero no tienen en cuenta a quienes toman profilaxis previo a la exposición (PrEP), y por lo tanto la proporción de actos sexuales protegidos puede ser subestimada.

El uso de equipo de inyección estéril la última vez que una persona se haya inyectado proviene principalmente de encuestas, que se realizan típicamente en áreas que tienen servicios disponibles, y por lo tanto puede no ser representativa a nivel nacional.

No se dispone de datos de cobertura sobre el uso de PrEP por las poblaciones claves y el uso del tratamiento antirretroviral por sus parejas y, por lo tanto, no se muestran en la figura.

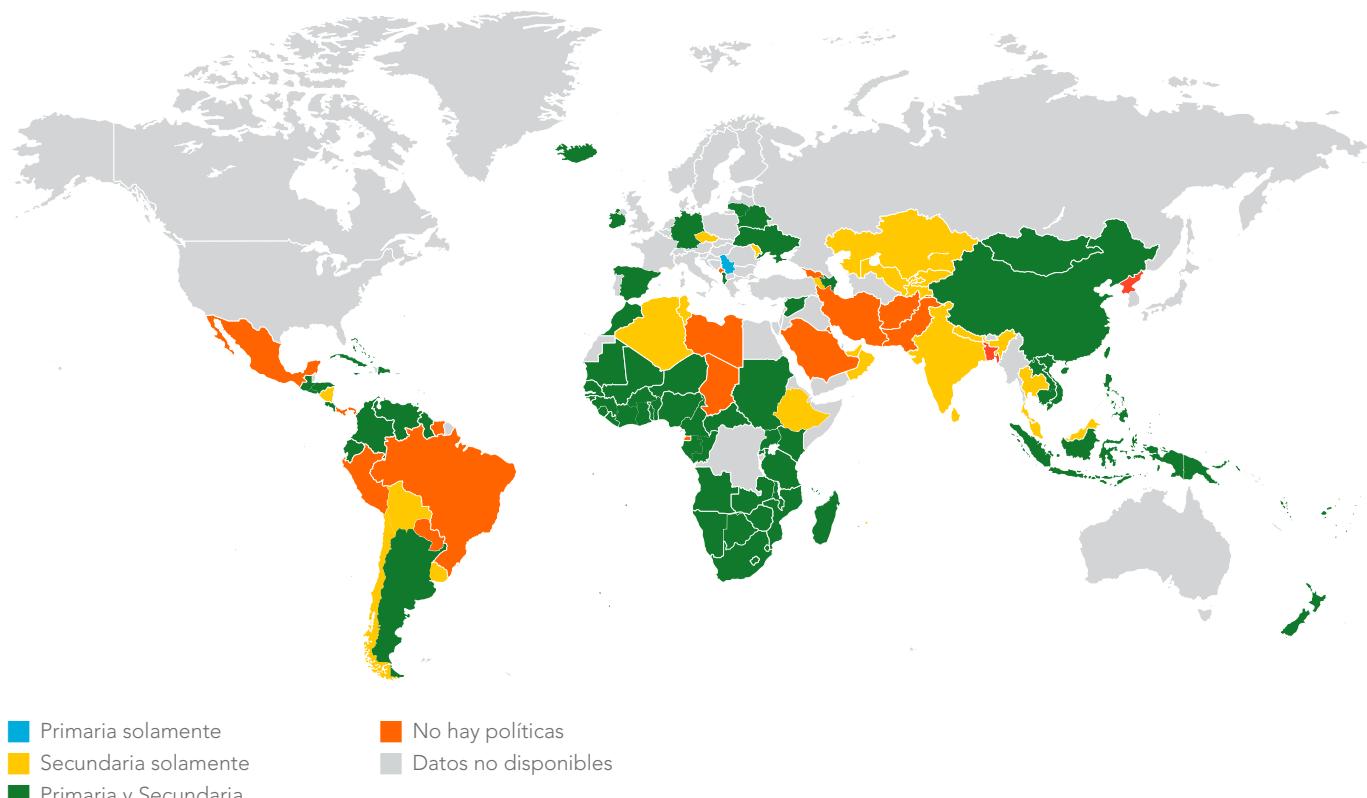
# DATOS SOBRE EL VIH

## La educación sexual integral empodera a las personas jóvenes

La educación sexual integral juega un papel vital en la promoción de la salud, el bienestar y las habilidades de pensamiento crítico entre los jóvenes y en el fortalecimiento de la ciudadanía responsable. Cuando se trata de sexo y sexualidad, los jóvenes son vulnerables a los mitos y la desinformación. Los estudiantes que reciben educación sexual integral, sin embargo, están empoderados para asumir la responsabilidad de sus propias decisiones y comportamientos, y las formas en que sus acciones pueden afectar a los demás. Esto les ayuda a tomar decisiones sexuales más saludables y les prepara mejor para buscar ayuda cuando la necesiten.

**FIGURA 1.6 |  
POLÍTICAS  
EDUCATIVAS QUE  
ORIENTAN LA  
PRESTACIÓN DE  
EDUCACIÓN SOBRE  
EL VIH Y SEXUALIDAD  
BASADA EN LAS  
HABILIDADES PARA  
LA VIDA, SEGÚN  
LOS ESTÁNDARES  
INTERNACIONALES,  
POR PAÍS, 2017–2021.**

La educación sexual integral transformadora de género, apropiada para la edad y la cultura, tanto dentro como fuera de la escuela, es un componente clave de la prevención del VIH y las ITS en los adolescentes y jóvenes. También desempeña un papel en la prevención de la violencia de género, aumentando el uso de anticonceptivos, disminuyendo el número de parejas sexuales y retrasando el inicio de las relaciones sexuales. Entre los 137 países que han presentado datos a ONUSIDA entre 2017 y 2021, 85 (63%) informaron tener políticas educativas que orientan la prestación de educación sobre el VIH y la sexualidad basada en habilidades para la vida de acuerdo con los estándares internacionales en las escuelas primarias, y 111 (81%) informaron tener tales políticas en las escuelas secundarias. En general, 84 (62%) informaron tener tales políticas para las escuelas primarias y secundarias (Figura 1.6).



## Las circuncisiones masculinas interrumpidas por COVID-19, están por debajo del objetivo de 2020.

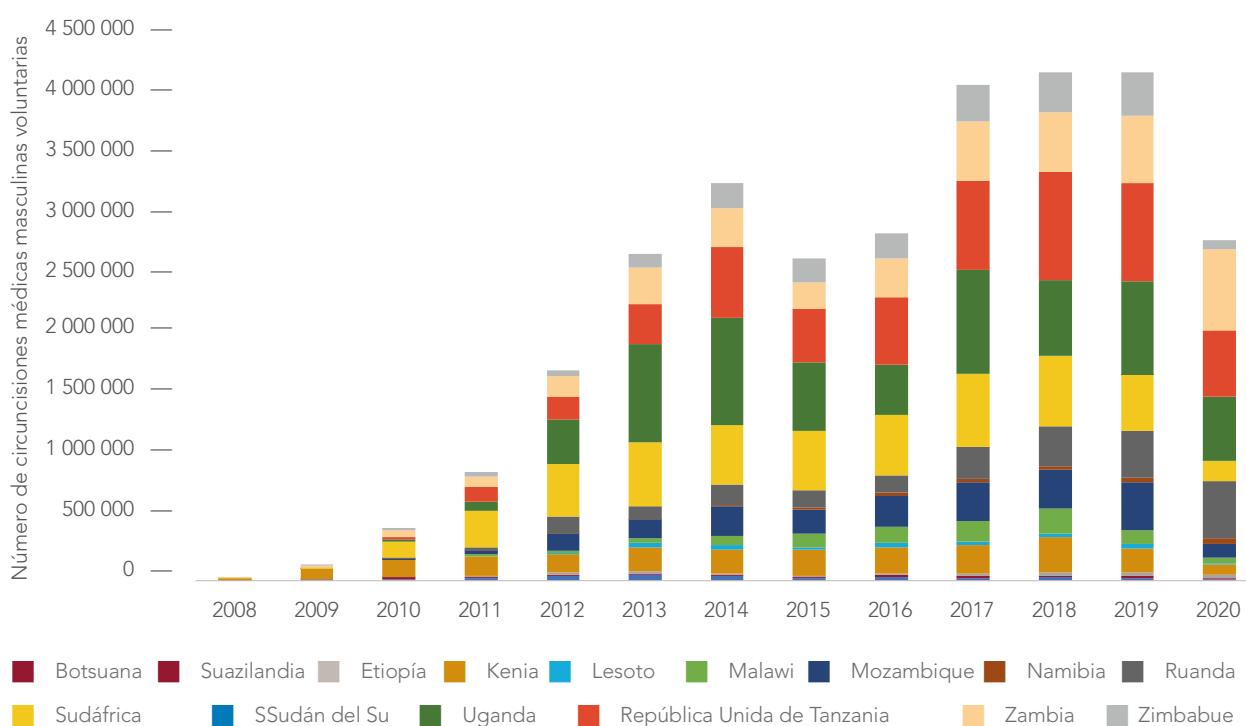
En áreas con alta prevalencia de VIH y bajas tasas de circuncisión masculina, CMMV puede contribuir en gran medida a la prevención del VIH. A pesar de esto, hubo una fuerte caída en el número de CMMV realizadas en los 15 países prioritarios en el 2020, debido principalmente a interrupciones del servicio causadas por la pandemia de COVID-19: aproximadamente 2.8 millones de procedimientos se realizaron en el 2020, en comparación con 4.1 millones en el 2019 (Figura 1.7).

Varios países suspendieron sus programas cuando inició la pandemia, incluyendo Sudáfrica, donde la cobertura de servicios ha ido disminuyendo desde el 2018. A pesar de esto, los programas en algunos países demostraron ser lo suficientemente resistentes como para recuperarse rápidamente y expandirse durante el resto de 2020, especialmente en Ruanda y Zambia, donde la cobertura del programa creció alrededor del 15%. En estos países, los ajustes para la continuación segura de los servicios de CMMV durante COVID-19 incluyeron cambios en la promoción y generación de demanda, transporte de clientes, prestación de servicios en un establecimiento de salud o en la comunidad y citas de seguimiento posteriores al procedimiento. Por ejemplo, se proporcionó equipo de protección personal a los movilizadores comunitarios, los clientes y el personal de CMMV.

Un total de alrededor de 18 millones de CMMV se realizaron en 2016-2020, muy por debajo del objetivo de 25 millones de 2020 (Figura 1.8). Además del COVID-19, un revés adicional en el 2015 y 2016 fue la detección de casos de tétanos en Uganda, lo que provocó que se redujeran las actividades en ese país.

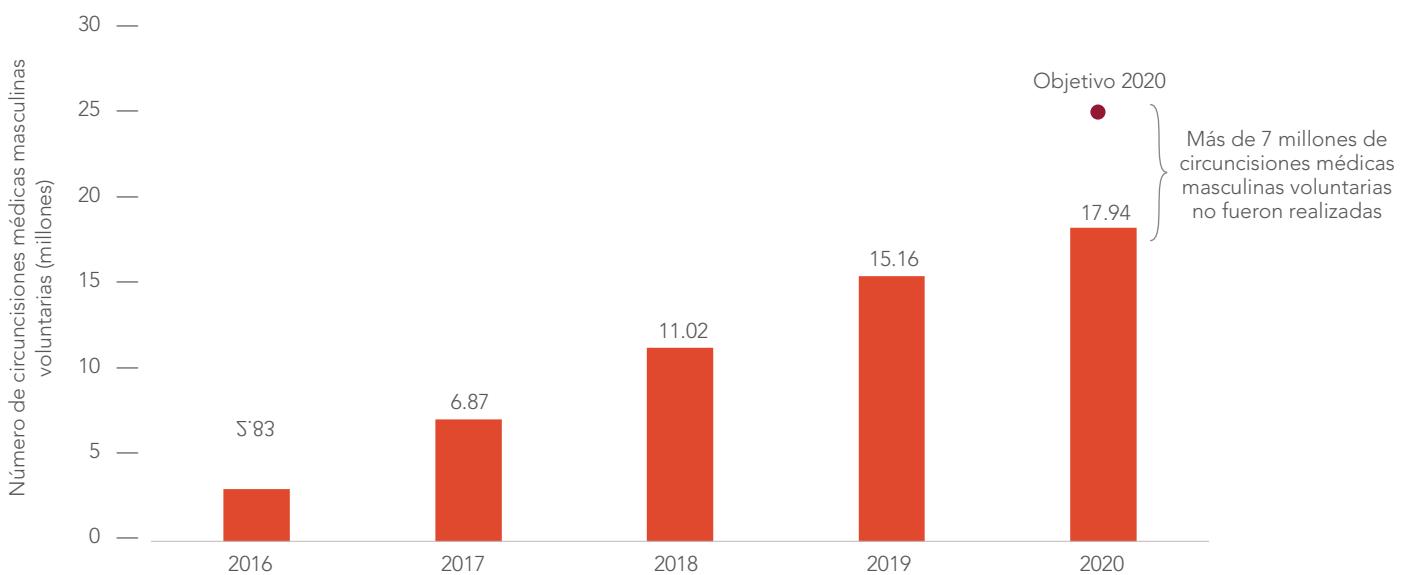
## DATOS SOBRE EL VIH

FIGURA 1.7 | NÚMERO ANUAL DE CIRCUNCISIONES MÉDICAS MASCULINAS VOLUNTARIAS, 15 PAÍSES PRIORITARIOS, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2008-2020



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**FIGURA 1.8| NÚMERO ACUMULADO DE CIRCUNCISIONES MÉDICAS MASCULINAS VOLUNTARIAS HACIA EL OBJETIVO DE 2020, 15 PAÍSES PRIORITARIOS, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2016–2020, Y OBJETIVOS PARA 2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los 15 países prioritarios son: Botsuana, Suazilandia, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Ruanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.



## CMMV llega cada vez más a los adolescentes varones y jóvenes

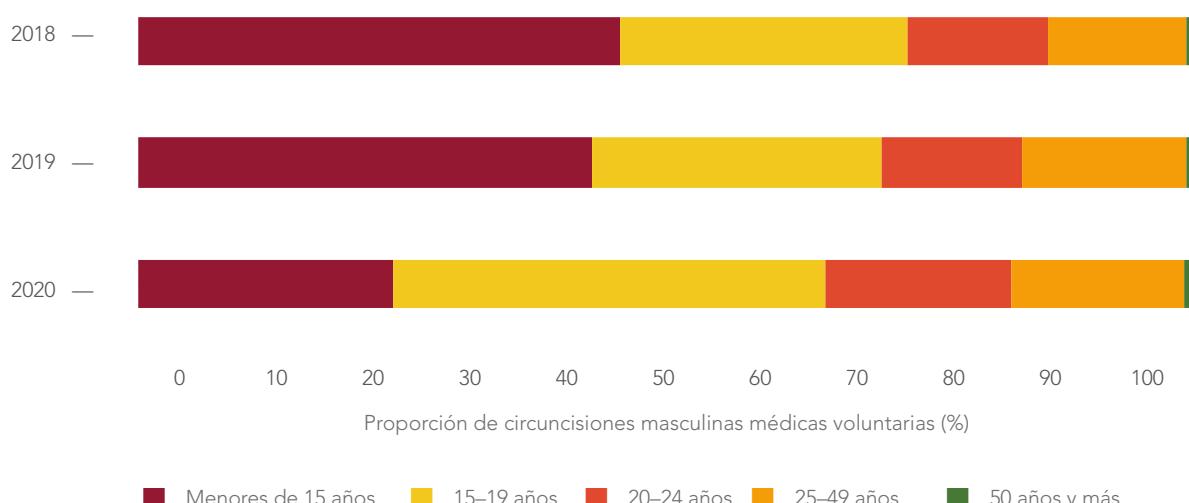
En áreas de baja prevalencia de circuncisión y carga alta de VIH, el enfoque de los servicios de CMMV debe ser en proporcionar servicios a adolescentes sexualmente activos mayores de 15 años y a hombres adultos con mayor riesgo de infección por VIH a fin de tener un impacto inmediato en la incidencia del VIH. (5). En áreas donde la prevalencia de la circuncisión entre los hombres sexualmente activos ya es alta, se necesita un enfoque en el mantenimiento y la expansión de los servicios de CMMV para adolescentes mayores de 15 años para mantener estos altos niveles de cobertura y cosechar los beneficios para la salud de los servicios.

Varios países prioritarios están aumentando su enfoque de CMMV en los hombres jóvenes, de acuerdo con las recomendaciones de la guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020 sobre el tema (5). Esto ha aumentado constantemente el porcentaje de procedimientos realizados entre hombres jóvenes mayores de 15 años en varios países, pero en otros países, incluyendo Suazilandia, Lesoto, Mozambique y Zimbabue, al menos el 30% de los CMMV en 2020 estaban entre hombres menores de 15 años (Figura 1.9).

## DATOS SOBRE EL VIH

Los servicios de CMMV deben enfocarse en los adolescentes varones sexualmente activos y en los hombres adultos con mayor riesgo de infección por VIH

**FIGURA 1.9 | PROPORCIÓN DE CIRCUNCISIONES MÉDICAS MASCULINAS VOLUNTARIAS, POR GRUPO DE EDAD, 10 PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2018–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los países con datos disponibles son: Botsuana, Suazilandia, Kenia, Lesoto, Mozambique, Ruanda, Sudán del Sur, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabue.

## DATOS SOBRE EL VIH

### La circuncisión médica masculina voluntaria llega con mayor frecuencia a los hombres en estratos de riqueza más altos

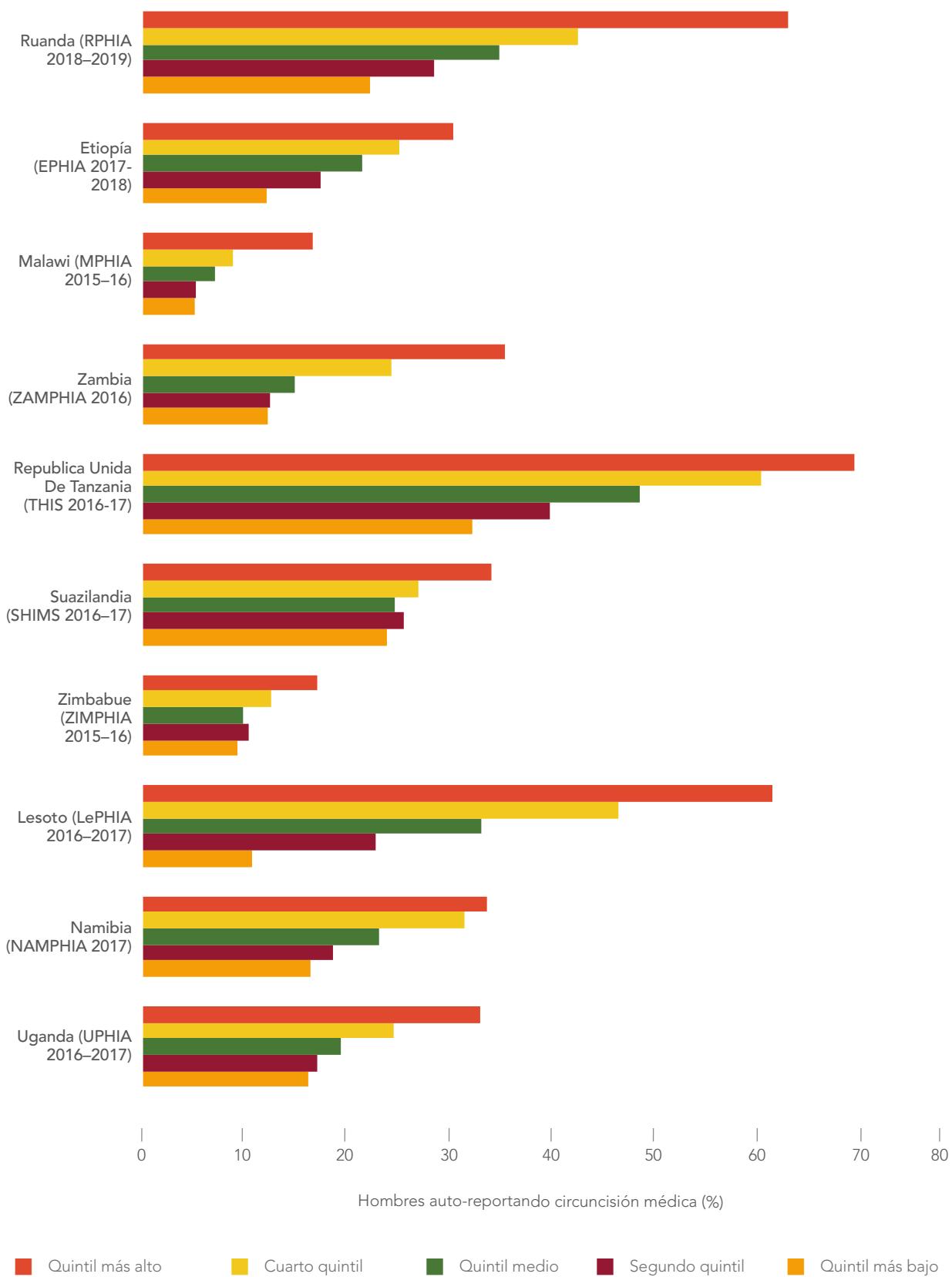
La adopción de CMMV en la mayoría de los países prioritarios parece estar correlacionada con la riqueza de los hogares. En 10 países con datos de encuestas disponibles, los hombres en los quintiles de riqueza más bajos tenían menos probabilidades de reportar haberse sometido al procedimiento que aquellos en los quintiles de riqueza más altos (Figura 1.10). Esto sugiere que los programas en estos países no estén llegando a los hombres con un nivel socioeconómico bajo, muchos de los cuales residen en áreas rurales o trabajan en sectores informales de la economía. La mayoría de los programas existentes operan en áreas urbanas y, a menudo, se enfocan en entornos laborales y educativos.



Crédito : ONUSIDA

Los hombres en quintiles de menor riqueza tenían mucha menos probabilidades de reportar haberse sometido a CMMV que aquellos con ingresos más altos.

**FIGURA 1.10 | CIRCUNCISIÓN MÉDICA AUTO REPORTADA ENTRE HOMBRES DE 15 AÑOS O MÁS, POR RIQUEZA FAMILIAR, PAÍSES PRIORITARIOS CON DATOS DISPONIBLES, 2015–2019**



Fuente: Evaluaciones del impacto del VIH basadas en la población, 2015–2019.

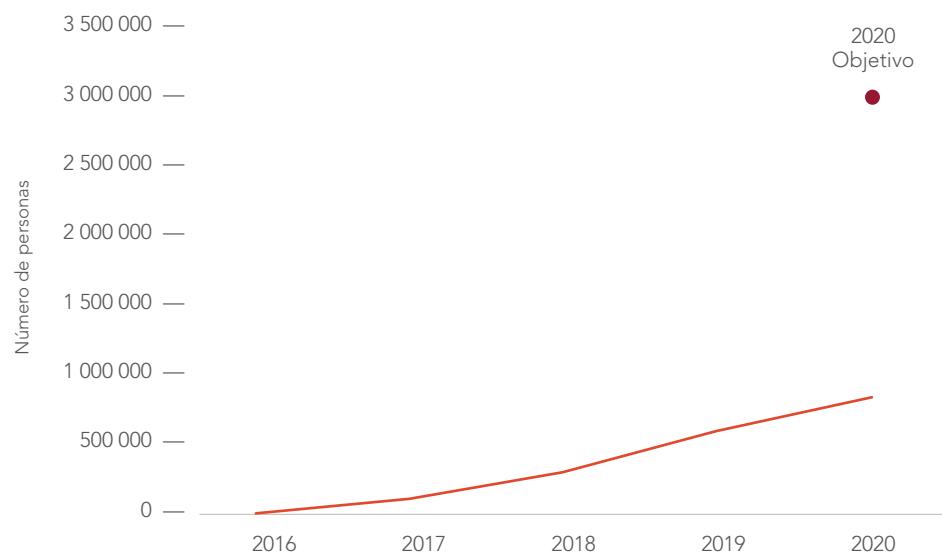
## DATOS SOBRE EL VIH

### El uso de profilaxis previo a la exposición se expande, pero no lo suficientemente rápido

Ha pasado más de una década desde que se publicó la primera evidencia de la eficacia de la PrEP oral diaria. La PrEP es ahora una valiosa opción adicional para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer VIH, y su aceptación global ha continuado en aumento, a pesar de la pandemia de COVID-19: los datos del país muestran que aproximadamente 845 000 personas en al menos 54 países recibieron PrEP en el 2020, un aumento del 43% desde el 2019 y un aumento del 182% desde el 2018 (Figura 1.11). Gran parte de la ampliación de la PrEP todavía está muy concentrada en un número bastante pequeño de países, especialmente en los Estados Unidos y en el este y el sur de África, donde Kenia y Sudáfrica representaron 158 630 (19%) de las personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el 2020 en la región.

Sin embargo, siguen existiendo brechas sustanciales en la disponibilidad de PrEP: el número total de personas que utilizan esta opción de prevención en el 2020 fue solo el 28% del objetivo de 3 millones en los países de ingresos bajos y medios, lo que representa solo el 8% de la nueva meta global para el 2025. El acceso sigue siendo deficiente en gran parte de África occidental y central y Asia y el Pacífico (Figura 1.12), y 20 de los 48 países de Europa aún carecían de una provisión sistemática de PrEP en el 2020 (6). Incluso en países con disponibilidad generalizada de PrEP, como Estados Unidos, las desigualdades son evidentes en las tasas divergentes de absorción de PrEP a lo largo de líneas raciales, étnicas, socioeconómicas, geográficas, de edad y de identidad propia (7).

**FIGURA 1.11 | NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON PROFILAXIS PREVIO A LA EXPOSICIÓN AL MENOS UNA VEZ DURANTE EL PERÍODO DEL INFORME, MUNDIAL, OBJETIVO 2016–2020 Y 2020**



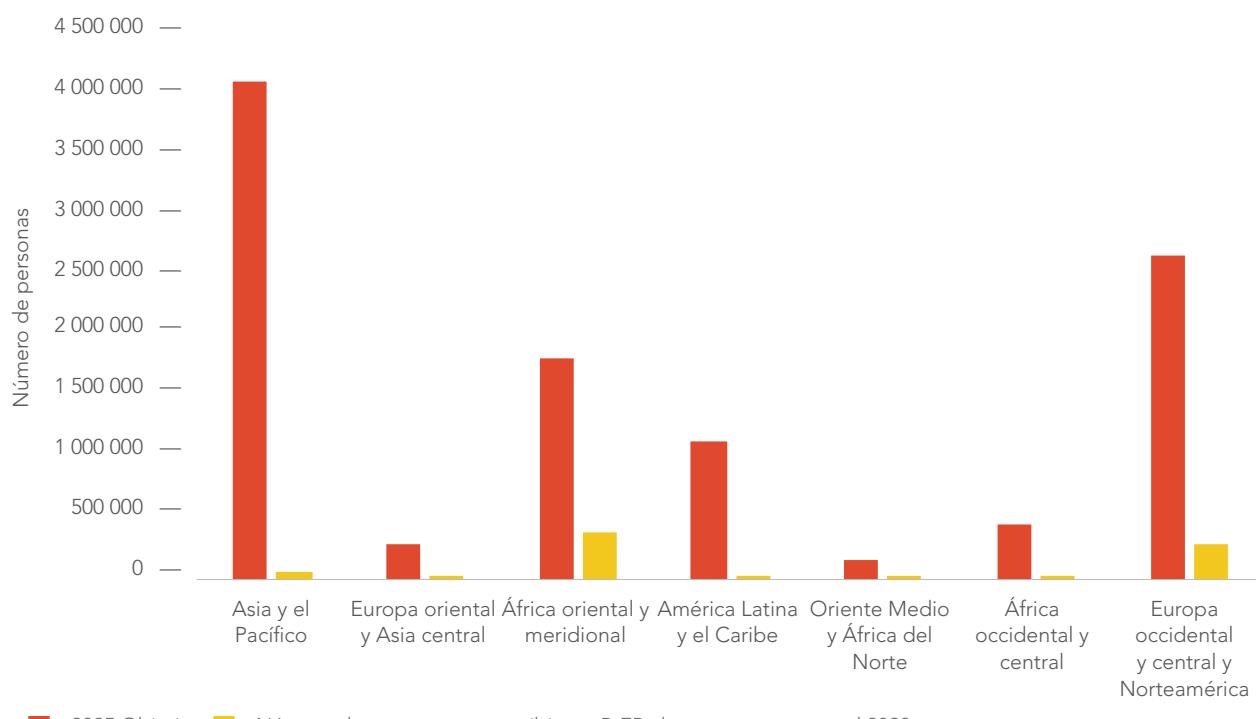
Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2017–2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Actualizaciones en los países. En: PrEPWatch [Internet]. AVAC; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates/>); y documentos de país e informes de reuniones (disponibles a solicitud).

Los sistemas de salud deben ser compatibles con la PrEP, proporcionar información y garantizar el acceso a la PrEP cuando las personas la elijan como método de prevención. Además de los entornos clínicos, será importante proporcionar servicios de PrEP fuera de los establecimientos de salud, incluso mediante el uso de opciones virtuales para iniciaciones, resurtidos y registros de clientes, y descentralizando la dispensación de PrEP a través de la entrega comunitaria y la dispensación de varios meses tanto como sea posible.

Los informes de políticas sobre PrEP muestran que de los 132 países con datos disponibles entre 2017 y 2021, 82 han informado que se han desarrollado guías de PrEP. De los países con guías de PrEP en vigor, se indicó que los siguientes grupos tienen la autoridad para prescribir PrEP: médicos en 68 países, oficiales clínicos en 28 países, enfermeras en 21 países y farmacéuticos en cinco países. De los países con guías vigentes, la PrEP se proporciona para las siguientes poblaciones: hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en 67 países, trabajadores sexuales en 57 países, personas que se inyectan drogas en 38 países, personas transgénero en 48 países, parejas serodiscordantes en 64 países, mujeres jóvenes (18 a 24 años) en 15 países, niñas adolescentes (17 años o menos) en 11 países, personas en cárceles en 12 países y personas con factores de riesgo distintos a la identificación con cualquiera de las poblaciones mencionadas en 18 países. Veintisiete países informaron a ONUSIDA en el 2021 que sus guías de PrEP se actualizaron para incluir la opción de PrEP impulsada por eventos para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

El número total de personas que utilizaron PrEP en el 2020 fue de apenas el 8% de los nuevos objetivos mundiales de 2025.

**FIGURA 1.12 | NÚMERO DE PERSONAS QUE RECIBIERON PROFILAXIS PREVIO A LA EXPOSICIÓN AL MENOS UNA VEZ DURANTE EL PERÍODO DEL INFORME, POR REGIÓN, 2020 Y OBJETIVOS 2025**



■ 2025 Objetivo ■ Número de personas que recibieron PrEP al menos una vez en el 2020

Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Actualizaciones en los países. En: PrEPWatch [Internet]. AVAC; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates/>); y documentos de país e informes de reuniones (disponibles a solicitud).

## Caso de Estudio

# LLEVAR LA EDUCACIÓN SEXUAL MAS ALLÁ DE LOS SALONES DE CLASE

A medida que los adolescentes maduran, sus vidas se vuelven más complejas, pero la información que necesitan para navegar de forma segura por la sociedad puede ser difícil de encontrar, especialmente cuando se trata del sexo y la sexualidad.

Cuando la educación sexual integral está disponible y es precisa, ayuda a los adolescentes a tomar decisiones informadas sobre su salud, su vida sexual y su bienestar general. También, les proporciona conocimientos sobre la prevención y el tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (8). Dos tercios de los países que notificaron datos en 2016-2019 afirmaron que entre el 76% y el 100% de sus escuelas primarias y secundarias brindaban educación sexual (9).

Sin embargo, estos hallazgos pueden representar una imagen demasiado optimista, ya que los datos de cobertura no abordan la compleja pregunta de la calidad y la entrega del currículo (9). La educación sexual confiable y de alta calidad es especialmente de difícil acceso para los adolescentes que han sido marginados de la sociedad, como aquellos que tienen discapacidades.

Las actividades de educación sexualidad integral para jóvenes con discapacidad en Etiopía no son una preocupación ligera: los datos de la encuesta muestran que se estima que casi 7.8 millones de personas en Etiopía viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 9.3% de la población total del país. Alrededor del 30 por ciento de todas las personas con discapacidad son niños y jóvenes menores de 25 años (11). Los conceptos erróneos sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva, el estigma y la discriminación generalizados, la escasez de fondos y los servicios inaccesibles colocan a estos jóvenes en una gran desventaja.

Los esfuerzos para superar estos desafíos están aumentando. El Centro Etiópe para la Discapacidad y el Desarrollo ofrece sesiones de educación sexual integral para jóvenes con discapacidades que no asisten a la escuela en las ciudades de Addis Abeba, Bahir Dar y Hawassa. En cada ciudad, se capacitó a 20 trabajadores sociales y enfermeras para registrar a las personas jóvenes con discapacidades que no asisten a la escuela; identificaron a casi 2000 jóvenes a través de visitas puerta a puerta. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) también proporcionó apoyo a la capacitación de asuntos relacionados con la salud reproductiva para 12 facilitadores de organizaciones de personas con discapacidad y grupos dirigidos por jóvenes.



**IDE(IMELO) A MÍ!**  
Derechos sexuales en Lengua de Señas

**FARST**  
REALIDAD  
AUMENTADA  
INTERACTIVA

Las personas Sordas también tenemos Derechos Sexuales. Informate en:  
<https://comosedice2016.wordpress.com/>

**á mi!**  
Derechos sexuales en Lengua de Señas

es un proyecto de:

**iiDi**  
instituto interamericano sobre discapacidad y desarrollo inclusivo

Con el apoyo de:

**UNFPA**

---

**LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL** es un proceso basado en el currículo de enseñanza y aprendizaje sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es: dotar a los niños, niñas y a las personas jóvenes de conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que les permitirán conocer su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; alentarlas a considerar cómo sus opciones afectan su propio bienestar y el de las demás; y ayudarles a entender y asegurar la protección de sus derechos a lo largo de sus vidas (10).

---

**LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL FUERA DE LA ESCUELA** es fundamental para llegar a los aproximadamente 263 millones de niñas y niños alrededor del mundo que no asisten a la escuela. En el 2020, el UNFPA y sus socios publicaron una guía técnica y programática actualizada sobre educación sexual integral fuera de la escuela para garantizar que las personas jóvenes más vulnerables reciban información que les permita desarrollar los conocimientos y las habilidades que necesitan para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva (11).

---



*Carteles de sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos de las personas jóvenes con discapacidad auditiva en Uruguay.*

*Crédito: Instituto Interamericano sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo*

Los facilitadores incluyeron 37 profesores de lengua de señas que habían sido capacitados para enseñar el paquete iCAN a personas con discapacidad auditiva. El programa agregó recientemente componentes sobre cómo los jóvenes pueden mantenerse a salvo de COVID-19, incluyendo la provisión de artículos básicos de higiene y saneamiento. Las sesiones de iCAN ahora también se llevan a cabo en grupos más pequeños (10 participantes) de lo planeado originalmente para reducir los riesgos de transmisión de COVID-19.

Uruguay ha sido pionero en el desarrollo de materiales de educación sexual para personas con discapacidad, comenzando con materiales en braille para personas invidentes en la década de 1980. Al trabajar en conjunto con el Movimiento Estamos Tod@s en Acción, UNFPA está apoyando los esfuerzos para dar un paso más en ese trabajo al promover los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes uruguayos con discapacidad auditiva, con especial énfasis en la prevención y atención del VIH. La educación sexual rara vez emplea lengua de señas, que también carece de algunos términos relacionados con el cuerpo y el sexo. Para cerrar esa brecha, el proyecto “Decímelo a mí” reunió a 70 adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva del área de Montevideo para desarrollar material informativo inclusivo. Utilizaron una aplicación de realidad aumentada que combina el uso de mensajes de texto, audio y lengua de señas, y ayudaron en el desarrollo de dos sitios web así como carteles y otros materiales. Las organizaciones juveniles y las asociaciones de personas con discapacidad han ido popularizando los recursos y difundiéndo los materiales (9).

La pandemia de COVID-19 retrasó el inicio de las sesiones de educación sexual integral hasta finales de 2020, cuando más de 200 jóvenes asistieron a 10 sesiones iniciales. Se produjeron y transmitieron programas de radio sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes con discapacidad durante un período de cinco semanas. Se distribuyeron folletos en los que se detallaba dónde podían acceder las personas jóvenes con discapacidad a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En Malawi, un programa de educación sexual integral fuera de la escuela llegó a 6300 jóvenes que viven con VIH y casi 1900 jóvenes con discapacidades en 2019-2020 a través de un enfoque de pares que involucró a 86 jóvenes facilitadores capacitados. iCAN, un paquete de educación sexual integral que UNFPA desarrolló específicamente para jóvenes que viven con VIH, también se implementó en seis distritos.

## Caso de Estudio

# CONVERSANDO CON UN CHATBOT

Las adaptaciones provocadas por las restricciones a raíz de COVID-19 han resaltado el potencial de las tecnologías digitales para llegar a los jóvenes con educación sexual integral. Tomemos a Eli, por ejemplo, un chatbot que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) creó y lanzó en VKontakte, el servicio de redes sociales en línea en idioma ruso más popular.<sup>1</sup>

Eli responde preguntas sobre la adolescencia, las relaciones, la sexualidad y la prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH. La base de conocimientos del chatbot fue creada por un equipo editorial que trabaja con trabajadores de la salud y psicólogos, y se basa en materiales completos de educación sexual y VIH desarrollados por UNESCO, ONUSIDA y otras agencias de la ONU.

"Todos los días, millones de jóvenes buscan en Internet respuestas a preguntas que no pueden hacer en persona, ya sea porque les incomoda o simplemente no hay nadie a quien preguntar", dice Tigran Yepoyan, del Instituto de Tecnologías de la Información en la Educación de UNESCO, que desarrolló el chatbot (13).

Eli comparte información importante con las personas jóvenes. Esto incluye la razón por la cual deben hacerse la prueba del VIH si son sexualmente activas, qué tipo de pruebas están disponibles, dónde y cómo se pueden realizar, y por qué es crucial comenzar la terapia antirretroviral de inmediato si alguien es diagnosticado con VIH.

"Hemos trabajado duro para crear un chatbot que pueda dar respuestas precisas de forma rápida y anónima, examinar un problema desde varias perspectivas y proporcionar asistencia sin juicios ni estereotipos", menciona Yepoyan.

La inteligencia artificial impulsa las respuestas de Eli y capta pistas y otros elementos distintivos en las preguntas para dar forma a respuestas más precisas y apropiadas. El lenguaje de Eli combina la experiencia y el respeto por el usuario, y su discurso está libre de estigma y es lo más neutral posible en cuanto al género.

La inteligencia artificial subyacente aprende constantemente de las conversaciones, que son completamente anónimas. "Eli oculta la información del usuario incluso a sus propios desarrolladores", explica Ivan Zhuravlev, líder del equipo de desarrollo (13).

<sup>1</sup> VKontakte tiene más de 73 millones de usuarios, la mayoría de los cuales son jóvenes.



Eli es el primer chatbot de habla rusa basado en IA que se utiliza para promover la educación sexual y el bienestar psicológico entre adolescentes y jóvenes.

Crédito: UNESCO



En la primera semana después de su lanzamiento en octubre de 2020, Eli respondió a más de 150 000 preguntas de 10 000 personas usuarias. A finales de marzo de 2021, Eli había respondido más de 400 000 consultas (14).

Los jóvenes que han conversado con Eli están llenos de elogios. “¡Eli aprende y lo comparte con nosotros! ¡Bien, Bot!” “¡Bien hecho! Un bot realmente importante y muy necesario” y “Me gustaría agradecer a los creadores de este proyecto por ser atento [y] no indiferente a los problemas y temores de los adolescentes”, son algunos de los comentarios publicados por la creciente comunidad de suscriptores de Eli (15).

La UNESCO y sus socios nacionales planean lanzar versiones de Eli en Kazajstán y Kirguistán a mediados de 2021.

## Caso de Estudio

# UNA HISTORIA DE DOS RESPUESTAS AL CONSUMO DE DROGAS INTRAVENOSAS

Los vecinos estados bálticos de Estonia y Letonia ofrecen ejemplos contrastantes de cómo los diferentes enfoques de salud pública afectan las epidemias de VIH entre las personas que se inyectan drogas.

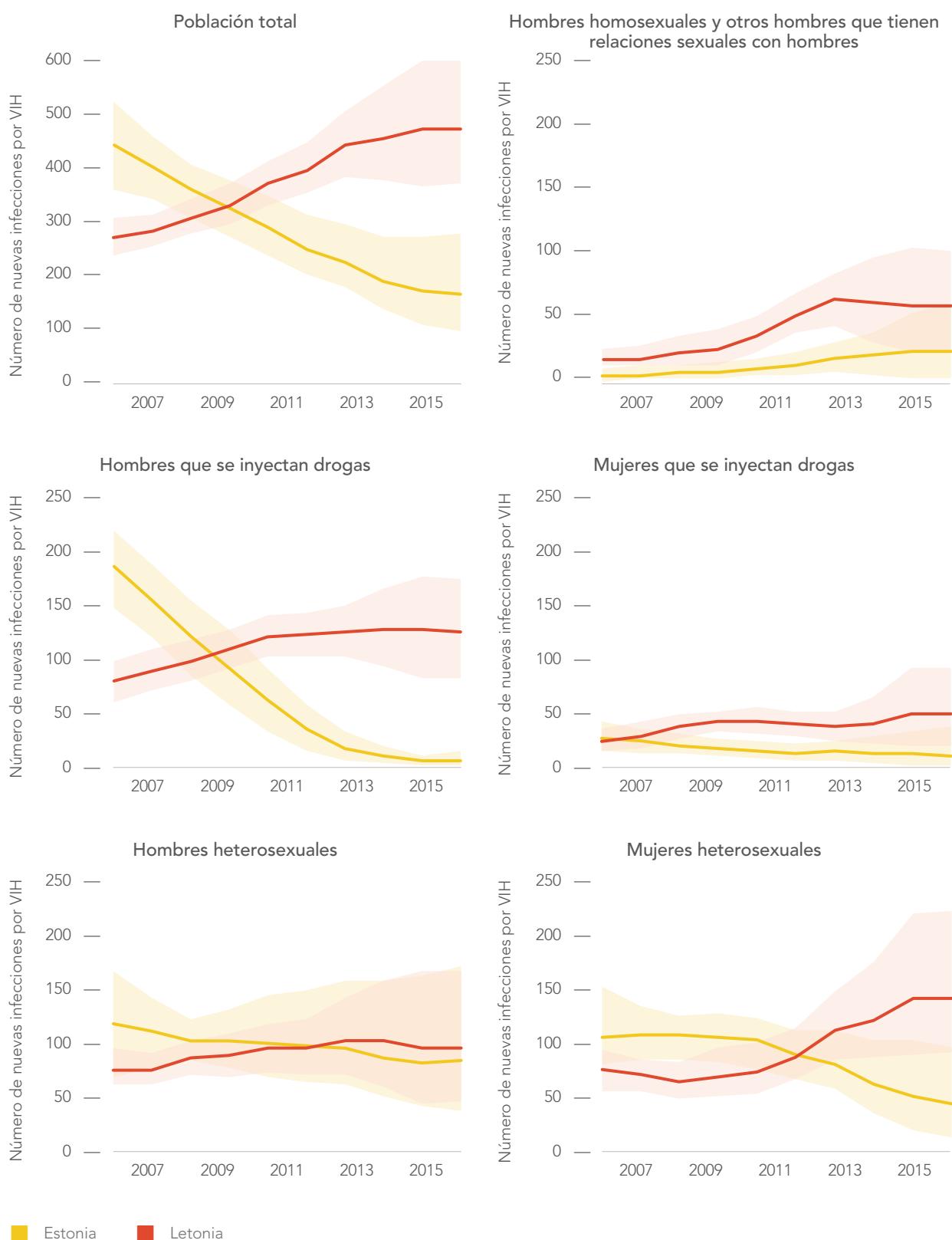
A principios de la década de 2000, los dos países tenían una de las tasas más altas de diagnóstico de VIH en Europa (16). Como era el caso de muchos países europeos en ese momento, el intercambio de equipos inyectables no esterilizados entre los consumidores de drogas estaba incrementando sus epidemias de VIH.

Las dos epidemias iniciaron a divergir a mediados de la década de 2000, un cambio impulsado por las políticas que se ha documentado vívidamente en un nuevo estudio del Grupo de Estudio HERMETIC (17). Según este estudio, que derivó estimaciones utilizando datos sobre nuevos casos de VIH diagnosticados y un modelo de cálculo retroactivo, las nuevas infecciones por VIH en Estonia disminuyeron en un 61% en todo el país y en un 97% entre los hombres que se inyectan drogas entre 2007 y 2016 (17). Las estimaciones epidemiológicas derivadas de los datos del programa sugieren que la incidencia del VIH entre hombres y mujeres que se inyectan drogas en Estonia se redujo a casi cero en el 2016, y que disminuyó en más de la mitad entre las mujeres de la población general, incluyendo las mujeres que pueden ser parejas de personas que se inyectan drogas, entre 2007 y 2016 (Figura 1.13).

Elena Antonova experimentó esta transformación de primera mano. Ex usuaria de drogas y reclusa, ahora dirige la Comunidad de Personas que Consumen Sustancias Psicotrópicas de Estonia, también conocida como LUNEST. “Los programas de reducción de daños funcionan muy bien en Estonia”, dice. “Los puntos de intercambio de agujas son lugares donde las personas que consumen drogas pueden obtener de forma fácil y anónima una gama completa de servicios, desde condones y jeringas gratis hasta asesoramiento y pruebas del VIH”.

La epidemia del VIH en Letonia siguió una trayectoria diferente. El estudio HERMETIC destaca que, entre 2007 y 2016, las nuevas infecciones por VIH aumentaron en un 72% en general, incluyendo un aumento del 121% entre las mujeres que se inyectan drogas y un aumento del 90% entre las mujeres heterosexuales (17). En el 2016, la incidencia general del VIH en Letonia era casi el doble que en Estonia (35 casos por 100 000 personas frente a 19 casos por 100 000).

FIGURA 1.13 | ESTIMACIÓN DE LA INCIDENCIA DEL VIH EN ESTONIA Y LETONIA, POR GRUPO DE POBLACIÓN, 2007-2016



Fuente: Adaptado de: Marty L, Lemsalu L, Kīvīte-Urtāne A, Costagliola D, Kaupe R, Linina I et al. Revelando la dinámica de la epidemia del VIH y respuestas contrastantes en dos países de la OMS de Europa oriental: Perspectivas de la modelización y triangulación de datos. *SIDA*.2021;35(4):675-80.

Nota: No se dispone de datos sobre la proporción de mujeres heterosexuales que son parejas sexuales de personas que se inyectan drogas en la actualidad o anteriormente

Ambas epidemias se enfocaron en gran medida en que las personas que se inyectan drogas, y probablemente en las relaciones sexuales sin protección entre personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.

El estudio HERMETIC concluye que la principal diferencia entre las dos epidemias radica en la disponibilidad de servicios de reducción de daños (17).

Los programas de agujas y jeringas han estado operando en Letonia desde 1997, pero a una escala muy limitada. En el 2016, Letonia distribuía alrededor de 93 jeringas-aguja por usuario de drogas al año; la vecina Estonia distribuía 230 por usuario al año. Ambos países ampliaron el acceso al tratamiento de sustitución de opiáceos, que está demostrado

que reduce la inyección de drogas y la transmisión del VIH, y mejoró los servicios de las pruebas del VIH y la terapia antirretroviral para personas que se inyectan drogas. Aunque el acceso al tratamiento de sustitución de opioides siguió siendo limitado en ambos países, fue mayor en Estonia que en Letonia.

“El estado es responsable del desarrollo, implementación y financiamiento de los programas de reducción de daños”, explica Antonova. “El Instituto Nacional de Desarrollo de la Salud de Estonia, en cooperación con las organizaciones comunitarias, mejora y amplía constantemente los programas, supervisa la calidad de los servicios mediante la realización de encuestas e investigaciones y el mantenimiento de la retroalimentación de las comunidades”.



Personas miembros y partidarias de la LUNEST, la Comunidad de Personas que Usa Sustancias Sicotrópicas de Estonia. La organización representa y defiende los derechos legítimos de las personas que se inyectan drogas. Crédito: LUNEST

Hay un enfoque importante, agrega la Sra. Antonova, en apoyar a las personas que están en terapia de sustitución de opioides

y/o terapia antirretroviral para que puedan adherirse al tratamiento y tomar el control de su salud y sus vidas: "Todo está destinado a resocializar a las personas que consumen drogas"

Los resultados del estudio de HERMETIC indican que para el 2016, aproximadamente la mitad de las personas que se inyectan drogas en Estonia estaban tomando pruebas de VIH en un plazo de 12 meses—y tres cuartas partes de las personas que resultaron VIH positivas estaban recibiendo terapia antirretroviral (17). En Letonia, mientras tanto, alrededor del 10% de las personas que se inyectan drogas se hicieron la prueba del VIH en un año entre 2007 y 2016, y sólo el 27% de las personas que viven con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. La adopción lenta de directrices internacionales sobre el tratamiento del VIH contribuyó a la baja cobertura de tratamiento en Letonia.

A medida que más personas que se inyectan drogas en Estonia usaban equipo de inyección seguro y fueron tratadas con éxito contra el VIH, el

análisis de HERMETIC sugiere que la transmisión a sus parejas sexuales también podría haber disminuido (17). Esto podría haber ayudado a frenar la epidemia general del VIH en el país. En Letonia, la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas no se redujo y la epidemia en toda la población, incluyendo las parejas de las personas que se inyectan drogas, siguió en aumento.

Ambos países están descubriendo que las epidemias de VIH son objetivos móviles. En Estonia, el número de nuevas infecciones por inyección de drogas ha disminuido drásticamente, y la mayoría de las infecciones ahora ocurren durante las relaciones sexuales sin protección, incluso entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Letonia también está experimentando un número creciente de nuevas infecciones entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los programas de VIH deben actualizarse continuamente para controlar una epidemia que está en constante evolución.

## Caso de Estudio

# EL DESPLIEGUE MUNDIAL DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN CONTINÚA A PESAR DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Continúa surgiendo evidencia del impacto a nivel de la población de la PrEP oral diaria en la transmisión del VIH. Public Health England ha reconocido a la PrEP como un factor del fuerte descenso en los nuevos diagnósticos de VIH en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, especialmente entre los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (18). El aumento de la provisión de la PrEP también contribuye a la disminución de nuevas infecciones por VIH en Australia, y se ha asociado con una disminución en diagnósticos de VIH en los Estados Unidos de América entre 2012-2016 (19, 20).

Igualmente hay evidencia de África subsahariana en la que se confirma que la PrEP puede ser altamente eficaz para reducir la adquisición del VIH junto con las pruebas y los tratamientos universales del VIH, como muestra el estudio SEARCH en 16 comunidades rurales de Kenia y Uganda. SEARCH ofreció acceso universal a la PrEP con mejor asesoramiento para personas con riesgo elevado de VIH (basado en parejas serodiferentes, una puntuación de riesgo o riesgo auto identificado) durante eventos de pruebas en toda la comunidad, seguido de un inicio rápido de la PrEP y una prestación de servicios flexible y basada en la comunidad. Hubo una reducción del 74% en las infecciones por VIH en las personas con mayor riesgo de contraer VIH que iniciaron la PrEP a través de SEARCH, en comparación con la disponibilidad de la PrEP del año anterior (21).

## LA PANDEMIA DE COVID-19 INTERRUMPE EL INICIO DE LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN

COVID-19 interrumpió temporalmente el acceso a los servicios de PrEP en algunos países. En los Estados Unidos, por ejemplo, las interrupciones causadas por la pandemia de COVID-19 causaron menos prescripciones de PrEP y nuevos usuarios de PrEP de lo que se anticipó en marzo-junio de 2020 (22). Se informó de una tendencia similar en Australia, donde el número de personas que iniciaron la PrEP en abril-junio de 2020 disminuyó en un 45% en comparación con los tres meses anteriores (23). Sin embargo, el impacto de la pandemia allí y en otros lugares se mitigó mediante adaptaciones rápidas, incluyendo la dispensación de PrEP durante varios meses, el uso de telemedicina y diversas formas de suministro de PrEP basadas en la comunidad. Tailandia, por ejemplo, extendió las recetas de PrEP de tres a seis meses, utilizó consultas de telesalud para minimizar las visitas a la clínica e introdujo servicios de mensajería para las recetas de PrEP, lo que mantuvo los servicios de PrEP en funcionamiento para las poblaciones claves (24). Este tipo de adaptaciones son en gran medida sostenibles y respaldan el uso más amplio de un modelo de prestación de servicios diferenciados para la PrEP.

## SUPERAR LOS RETOS DE ADOPCIÓN Y ADHERENCIA

La adopción parece ser un desafío para algunas poblaciones. En el estudio SEARCH, por ejemplo, la adopción fue especialmente baja entre las personas jóvenes y las personas móviles en Kenia y Uganda (25). De manera similar, una revisión sistemática de estudios sobre el uso de PrEP entre personas que se inyectan drogas encontró que, aunque la concientización y la voluntad de usar PrEP eran altas, la adopción real era muy baja (0-3%) (26). Otra investigación sugiere que la concientización sobre la PrEP aún es baja entre los usuarios potenciales, especialmente los que pertenecen a minorías raciales o étnicas, y entre las mujeres en poblaciones claves (27-30).<sup>2</sup>

La adherencia a la PrEP oral diaria sigue siendo un desafío fundamental (25, 31-34). Entre los factores que afectan tanto la adopción como la adherencia a la PrEP se encuentran el conocimiento de este método de prevención, las autopercepciones sobre el riesgo del VIH, los costos y los problemas del seguro médico, la capacidad de tomar pastillas a diario, las experiencias de estigma social (incluso en entornos de atención sanitaria) y apoyo familiar y de amigos (29, 35-40). El poder de decisión comprometido también es

un obstáculo importante, especialmente para las adolescentes y las mujeres jóvenes: las objeciones por parte de las parejas masculinas y los problemas para asistir a las citas clínicas fueron las principales razones por las que las mujeres dejaron de usar la PrEP, según un estudio de Suazilandia (41). Por el contrario, cuando las mujeres jóvenes se sienten capaces de revelar su uso de PrEP, es más probable que sigan usándola, como muestra una investigación de Sudáfrica (42).

Entrevistas con mujeres transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en San Francisco sugieren que las campañas inclusivas de concientización sobre la PrEP podrían ayudar a superar algunos de esos obstáculos (43). Según una investigación de Sudáfrica, crear conciencia sobre la PrEP entre los padres también puede ser importante para apoyar

la adopción de PrEP en los adolescentes (44). Si bien las redes sociales y los sitios web se pueden utilizar para aumentar el conocimiento y la adopción de la PrEP (como observado en Sudáfrica), las personas también necesitan diversas formas de acceder a la misma (como se muestra en Tailandia) (45). Por ejemplo, la integración de los servicios de PrEP en instalaciones que brindan otros servicios para VIH mejoró la adopción entre las poblaciones claves en un estudio en el estado de Cross River en Nigeria (46). La consejería de parejas que toman PrEP, como parte de los servicios de pruebas del VIH, podría mitigar el efecto desalentador que las parejas masculinas reacias pueden tener sobre la adopción de la PrEP y la adherencia a las relaciones heterosexuales (47).

En Sudáfrica, los servicios de PrEP se están vinculando con servicios amigables para los jóvenes para infecciones de transmisión sexual (ITS) y atención prenatal y posnatal. Lograr que el acceso sea más conveniente (por ejemplo, garantizar que las personas no tengan que viajar largas distancias para iniciar la PrEP y obtener los medicamentos), eliminar las barreras de costos y reducir el estigma y la discriminación pueden fomentar tanto la aceptación como la adherencia (37, 39, 48). Los servicios centrados en las personas también pueden reducir la deserción, como se observó en Lesoto, cuando los servicios se adaptaron en línea con mejoras propuestas por los usuarios y proveedores de PrEP (49). Los servicios que aprovechan las redes existentes y crean conexiones sociales entre los usuarios de PrEP también pueden ayudar a impulsar la aceptación y la adherencia (50).

El propio sentido de riesgo de las personas es clave. Suspender la PrEP cuando las personas no están en riesgo (durante los períodos en los que no son sexualmente activas) no es un problema, pero adherirse al programa de dosificación recomendado durante los períodos de riesgo es fundamental. Un estudio entre casi 5500 personas usuarias actuales y ex usuarias de PrEP en Alemania, por ejemplo, encontró que la razón más común para suspender la PrEP era que las personas sentían que tenían una necesidad reducida de una herramienta de prevención del VIH.

2 Una revisión sistemática de 2019 encontró que un promedio del 21% de las mujeres que se inyectan drogas sabían acerca de la PrEP (28).

## **Las opciones de profilaxis previa a la exposición de acción prolongada podrían incrementar el impacto preventivo**

Se espera que los nuevos productos PrEP, como el cabotegravir inyectable de acción prolongada y el anillo vaginal de dapivirina, amplíen aún más el uso de PrEP e incrementen su impacto preventivo.

Se ha descubierto que la PrEP inyectable es altamente eficaz para prevenir la transmisión del VIH. En el estudio HPTN 083, el riesgo de contraer VIH fue aproximadamente dos tercios menor en los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en las mujeres transgénero que recibieron PrEP inyectable, en comparación con sus pares que tomaron PrEP oral a diario. En el estudio HPTN 084 realizado en siete países africanos, las mujeres que recibieron cabotegravir inyectable tenían un riesgo 89% menor de infección por VIH que aquellas a las que se les prescribía PrEP oral diaria (32, 51).<sup>3</sup>

Tanto la PrEP oral diaria como la PrEP inyectable de acción prolongada son muy eficaces para prevenir la infección por VIH, pero la versión inyectable puede ofrecer ventajas para algunas personas. Administrada cada dos meses, después de un intervalo de un mes entre las dos primeras inyecciones, la PrEP inyectable es más discreta que las píldoras a diario, y los resultados del ensayo sugieren que alivia algunas de las dificultades de adherencia observadas en los estudios de PrEP (32, 51). No obstante, aún debe establecerse la seguridad del cabotegravir inyectable durante el embarazo y la lactancia, y la implementación generalizada requerirá capacitación y ajustes logísticos en los servicios y sistemas de salud para el VIH, en parte porque las inyecciones actualmente requieren que las administre un proveedor de atención médica. También se necesitan algoritmos de diagnóstico del VIH más sensibles para identificar rápidamente las infecciones emergentes e intentar evitar la aparición de resistencia a los medicamentos entre las personas que toman PrEP de acción prolongada.

Además, el costo de la PrEP inyectable aún está por determinar, pero si los precios son considerablemente más altos que los de la PrEP oral, la adopción puede ser limitada. (52).

En enero de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó condicionalmente la provisión del anillo vaginal de dapivirina como una opción de prevención adicional para prevenir el VIH en mujeres que tienen un riesgo sustancial de infección.<sup>4</sup> Dos ensayos controlados aleatorizados de fase 3 (estudios Ring y ASPIRE) encontraron que el anillo vaginal redujo el riesgo de infección por VIH en las mujeres entre un 27% y un 35%, y que el uso a largo plazo fue bien tolerado. Los estudios de extensión de los ensayos mostraron una reducción del riesgo aún mayor de más del 50% (53).

También en los ensayos clínicos de última etapa se encuentra una píldora de PrEP mensual, islatravir y una PrEP inyectable semestral, lenacapavir, al igual que tecnologías de prevención de usos múltiples para prevenir tanto la infección por VIH como el embarazo, como la dapivirina y el anillo vaginal de levonorgestrel.

<sup>3</sup> En el estudio HPTN 083 hubo casi tres veces más infecciones por VIH en las píldoras PreP orales diarias que en la PreP inyectable, y casi nueve veces más en el estudio HPTN 084. El estudio HPTN 083 se realizó en Argentina, Brasil, Sudáfrica, Tailandia, Estados Unidos de América y Vietnam, mientras que el estudio HPTN 084 se realizó en Botsuana, Suazilandia, Kenia, Malawi, Sudáfrica, Uganda y Zimbabue.

<sup>4</sup> El riesgo sustancial de infección por VIH se define como una incidencia del VIH superior a 3 por 100 personas-años.

## Referencias

1. Stover J, Teng Y. El impacto del uso del condón en la epidemia del VIH [versión 1]. Gates Open Res. 2021;5:91. doi: 10.12688/gatesopenres.13278.1
2. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Disminución de la incidencia del VIH entre hombres y mujeres en una cohorte de población sudafricana. Nat Commun. 2019;10:5482.
3. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. Esfuerzos de prevención del VIH e incidencia del VIH en Uganda. N Engl J Med. 2017;377(22):2154-66.
4. Smith B, Mann C, Jones C, Miller N, Longfield K, Gesuale S. Desafíos y recomendaciones para lograr los objetivos de "vía rápida" para el uso del condón. Mann Global Health; 2019.
5. Prevención del VIH mediante la circuncisión médica masculina voluntaria segura para niños adolescentes y hombres en epidemias generalizadas de VIH: Recomendaciones y consideraciones claves. OMS: Ginebra; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>).
6. Reuniones europeas sobre normas de atención de la EACS 2020–202: Informe y resumen de los talleres. Tbilisi: European AIDS Clinical Society; 2020 ([https://www.eacsociety.org/files/eacs\\_soc\\_2020-21\\_report.pdf?utm\\_source=conference+news-english&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2021-04-14](https://www.eacsociety.org/files/eacs_soc_2020-21_report.pdf?utm_source=conference+news-english&utm_medium=email&utm_campaign=2021-04-14)).
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Seguimiento de objetivos nacionales de prevención y atención del VIH seleccionados mediante el uso de datos de vigilancia del VIH—Estados Unidos y 6 zonas dependientes, 2019. Informe complementario de vigilancia del VIH 2021; 26 (núm. 2). Mayo de 2021 (<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>).
8. Goldfarb ES, Lieberman LD. Tres décadas de investigación: El caso de la educación sexual integral. J Adolescent Health. 2021;68:13-27.
9. UNESCO, UNFPA, ONUSIDA, OMS, UNICEF, ONU Mujeres. El camino hacia la educación sexual integral: Un informe de situación global. París: UNESCO; próximamente.
10. Por qué es importante la educación sexual integral. En: UNESCO.ORG [Internet]. 15 de febrero de 2018. París: UNESCO; 2021 (<https://en.unesco.org/news/why-comprehensive-sexuality-education-important>).
11. Orientación técnica y programática internacional sobre educación sexual integral fuera de la escuela. Un enfoque basado en la evidencia para los enfoques no formales y extraescolares. Edición condensada. Nueva York: UNFPA; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Out\\_of\\_School\\_CSE\\_Guidance\\_with\\_References\\_for\\_Web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Out_of_School_CSE_Guidance_with_References_for_Web.pdf)).
12. Situación y acceso a los servicios de las personas con discapacidad en Addis Abeba. Nota informativa: Addis Abeba UNICEF (<https://www.unicef.org/ethiopia/reports/situation-and-access-services-homeless-and-people-disabilities>).
13. UNESCO ITIE y VKontakte crean chatbot para que los adolescentes respondan preguntas sobre la adolescencia, las relaciones y la salud. En: UNESCO Instituto para las Tecnologías de la Información en la Educación [Internet]. 25 de noviembre de 2020. París: UNESCO; c2021 (<https://iite.unesco.org/highlights/unesco-vkontakte-chat-bot-eli-2/>).
14. Datos del proyecto del Instituto de Tecnologías de la Información en la Educación de la UNESCO, proporcionados por M. Medvedchikova, Coordinador del Proyecto, 2021.
15. Chatbot responde a las preguntas de los jóvenes sobre el VIH, la salud y las relaciones. En: unaids.org [Internet]. 15 de octubre de 2020. Ginebra: ONUSIDA; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/october/20201015\\_chatbot](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/october/20201015_chatbot)).
16. Hamers FF, Downs AM. El VIH en Europa central y oriental. The Lancet. 2003;361:1035-44.
17. Marty L, Lemsalu L, Ķīvīte-Urtāne A, Costagliola D, Kaupe R, Linina I et al. Revelando la dinámica de la epidemia de VIH y respuestas contrastantes en dos países de Europa oriental de la OMS: Perspectivas de la modelización y triangulación de datos. SIDA. 2021;35(4):675-80.
18. O'Halloran C, Sun S, Nash S, Brown A, Croxford S, Connor N et al. VIH en el Reino Unido: Hacia cero 2030. informe de 2019. Londres: Public Health England; diciembre de 2019 ([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/965765/HIV\\_in\\_the\\_UK\\_2019\\_towards\\_zero\\_HIV\\_transmissions\\_by\\_2030.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/965765/HIV_in_the_UK_2019_towards_zero_HIV_transmissions_by_2030.pdf)).
19. Holt M, Broady TR, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J et al. Aumento del uso de la profilaxis previo a la exposición y de la "cobertura de prevención neta" en la vigilancia del comportamiento de los hombres homosexuales y bisexuales australianos. SIDA. 2021;35(5):835-40.

20. Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidencia de una asociación de aumentos en la cobertura de profilaxis previa a la exposición con disminuciones en las tasas de diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana en los Estados Unidos, 2012–2016. *Clin Infect Dis.* 2020;71(12):3144-51.
21. Koss CA, Havlir DV, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Chamie G et al. Incidencia del VIH después del inicio de la profilaxis previa a la exposición entre mujeres y hombres con alto riesgo de VIH: Un estudio basado en la población de las zonas rurales de Kenia y Uganda. *PLoS Med.* 2021;18(2):e1003492.
22. Huang Y-L, Zhu W, Kourtis A, Hall I, Hoover KW. Impacto de COVID-19 en las recetas de PREP en los Estados Unidos: Un análisis de series de tiempo. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 731.
23. Seguimiento de la adherencia al profilaxis previa a la exposición del VIH en Australia: Profilaxis previa a la exposición del VIH subvencionada por el PBS desde abril de 2018 hasta junio de 2020. Sydney: The Kirby Institute; Agosto 2020 ([https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/Monitoring-HIV-PrEP-uptake-in-Australia-newsletter\\_Issue3\\_0.pdf](https://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/kirby/report/Monitoring-HIV-PrEP-uptake-in-Australia-newsletter_Issue3_0.pdf)).
24. Servicios de profilaxis previa a la exposición en Tailandia durante COVID-19. En: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 26 de noviembre de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 26 de noviembre de 2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/26-11-2020-pre-exposure-prophylaxis-services-in-thailand-during-covid-19>).
25. Koss CA, Charlebois ED, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Balzer LB et al. Adopción, compromiso y adherencia a la profilaxis previa a la exposición ofrecida después de las pruebas de VIH en la población rural de Kenia y Uganda: Análisis provisional de 72 semanas de datos observacionales del estudio SEARCH. *Lancet HIV.* 2020;7:e249-261.
26. Mistler CB, Copenhaver MM, La cascada de cuidados de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) en personas que se inyectan drogas: Una revisión sistemática. *SIDA S Behav.* 2020 Ago 4;10 (antes de imprimir).
27. Conocimientos, actitudes y usos de PreP entre las comunidades africanas negras en Inglaterra. En: Prevención del VIH Inglaterra [Internet]. 30 de julio de 2020. Terrence Higgins Trust; c2021 (<https://www.hivpreventionengland.org.uk/2020/07/30/prep-knowledge-attitudes-and-usage-among-black-african-communities-in-england/>).
28. Zhang C, McMahon J, Simmons J, Brown LL, Nash R, Liu Y. Concientización y voluntad sub óptima de la profilaxis previa a la exposición al VIH para usar entre las mujeres que consumen drogas en los Estados Unidos: una revisión sistemática y un metanálisis. *SIDA Behav.* 2019;23(10):2641-53.
29. Glick JL, Russo R, Jivapong B, Rosman L, Pelaez D, Footer KHA et al. El cuidados continuo de PrEP entre mujeres cisgénero que venden sexo y/o usan drogas a nivel mundial: Una revisión sistemática. *SIDA Behav.* 2020;24(5):1312-33.
30. Townes AR, Tanner M, Henny KD, Zhu W, Iqbal K, Dominguez KL et al. Proporciones bajas de vinculación y prescripciones de la PrEP en mujeres negras (THRIVE, 2015–2020). Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 701.
31. Haberer J, Mugo N, Bukusi E, Pyra M, Oware K, Kiptinness C et al. Los recordatorios del SMS no mejoraron la adherencia a la PreP en un ensayo controlado aleatorizado entre mujeres jóvenes de Kenia. Conferencia virtual sobre la Investigación del VIH para la Prevención (HIVR4P), 27–28 de enero y 3–4 de febrero de 2021. Resumen OA07,01.
32. Delany-Moretlwe S, Hughes J, Bock P, Gurrión S, Hunidzarira P, Kalonji D et al. El cabotegravir inyectable de acción prolongada es seguro y eficaz en la prevención de la infección por VIH en mujeres cisgénero: Resultados provisionales de HPTN 084. Conferencia virtual sobre la Investigación del VIH para la Prevención (HIVR4P), 27–28 de enero y 3–4 de febrero de 2021. Resumen HY01,02.
33. Felsher M, Ziegler E, Rivet Amico R, Carrico A, Coleman J, Roth AM. «PrEP no es mi prioridad»: Desafíos de adherencia entre las mujeres que se inyectan drogas que participan en el proyecto de demostración de profilaxis previa a la exposición (PrEP) en Filadelfia, PA EE.UU. *Soc Science Med.* 2021;275:113809.
34. Dean LT, Chang H-Y, Goedel WC, Chan P, Doshi JA, Nunn AS. Reversión de farmacias: Un nuevo indicador de brechas en la cascada de cuidados de PreP para el VIH. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 700.
35. Sidebottom D, Ekström AM, Strömdahl S. Una revisión sistemática de la adherencia a la profilaxis pre-exposición oral para el VIH – ¿cómo podemos mejorar la adopción y la adherencia? *BMC Infect Dis.* 2018;18:581.
36. Karutu C, Nandudu H, Matsiko N, Luzze J, Arinaitwe M, Mirembe I et al. Llegar a las poblaciones claves y prioritarias con la PrEP: Lecciones de Uganda oriental. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. PEE1550.
37. Ching SZ, Wong LP, Said MAB, Lim SH. Meta-síntesis de la investigación cualitativa de la adherencia a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). *SIDA Educ Prev.* 2020;32(5):416-31.

38. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Barreras de los proveedores de atención médica a la profilaxis previa a la exposición del VIH en los Estados Unidos: Una revisión sistemática. *SIDA Patient Care STDS*. 2020;34(3):111-23.
39. Kamitani E, Mizuno Y, Wichser ME, Adegbite-Johnson A, DeLuca JB et al. ¿Cuáles son las características de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que están interesados, pero no en la profilaxis previa a la exposición al VIH en los Estados Unidos? Una revisión sistemática y un metanálisis. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. PEC0608.
40. Dollah A, Ongolly F, Ngure K, Odoyo J, Irungu E, Mugwanya K et al. "Decidir parar" : Entender la interrupción de PreP entre las personas que inician la PreP en los centros de atención del VIH en Kenia y sus implicaciones para un enfoque de salud pública para la prevención. Conferencia virtual sobre la Investigación del VIH para la Prevención (HIVR4P). 27 a 28 de enero y 3 a 4 de febrero de 2021. Resumen OA07.02.
41. Bärnighausen K, Geldsetzer P, Matse S, Hettema A, Hughey AB, Dlamini P et al. Relatos cualitativos de la interrupción de la PrEP en la población general de Suazilandia. *Cult Health Sex*. 2020 Jul 7:1-17.
42. Daniels J, Bresenham D, de Vos L, Mawaire R, Atujuna A, Hosek S et al. Estoy tomando la PreP para mí y no para la gente: Las revelaciones de PREP influyen el proceso de adherencia en las adolescentes y las mujeres jóvenes en Sudáfrica. Conferencia virtual sobre la Investigación del VIH para la Prevención (HIVR4P), 27–28 de enero y 3–4 de febrero de 2021. Resumen OA07.04.
43. Wang S, Philip S, Packer T, McCright J, Boyer C. Desafíos y necesidades insatisfechas que afectan el acceso a la PrEP y la adopción entre los HSH negros y latinx y las mujeres transgénero. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PED1280.
44. Giovenco D, Pettifor A, Bekker L-G, Fliatreau L, Atujunak M, Gill K et al. Comprender el interés de la PrEP entre los adolescentes sudafricanos: el impacto del apoyo parental percibido y del estigma relacionado con la PrEP. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEE1542.
45. Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factores asociados con el acceso a servicios PreP gratuitos en Tailandia. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PED1282.
46. Edet B, Umoh P, Emmanuel G, Abang R, Kalawo A, Osilade A. Modelo de integración del paquete mínimo de intervención de prevención (MPPI) una estrategia para la adopción de la PrEP entre poblaciones claves en el Estado de Cross River, Nigeria. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEC0609.
47. Jani N, Mathur S, Kahabuka C, Makyao N, Pilgrim N. Dinámica de las relaciones y estigma anticipado: Consideraciones claves para el uso de la PrEP entre las adolescentes y las mujeres jóvenes tanzanianas y parejas masculinas. *PLoS ONE*. 2021;16(2):e0246717.
48. Ghayda RA, Hong SH, Yang JW, Jeong GH, Lee KH, Kronbichler A et al. Revisión de la adherencia a la profilaxis previa a la exposición entre las trabajadoras sexuales. *Yonsei Med J*. 2020;61(5):349-58.
49. Chakare T, Ramapepe M, Berg J, Rozario A, Motaba M. Mejorando las tasas de continuación de la PreP a través de innovaciones centradas en el cliente en Lesoto. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEE1543.
50. Koss CA, Nugent JR, Brown LB, Ayieko J, Kabami J, Atukunda M et al. Las redes sociales predicen la adopción de la PrEP en el estudio SEARCH en las zonas rurales de Kenia y Uganda. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 151.
51. Landovitz RJ, Donnell D, Clement M, Hanscom, B, Cottle L, Coelho L et al. Resultados provisionales: La profilaxis previa a la exposición (PrEP) que contiene cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA) es segura y altamente eficaz para hombres cisgénero y mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen OAXLB0101.
52. Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg K, McCauley M et al. Rentabilidad de la PreP de larga duración entre MSM/TGW en EE.UU. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 150.
53. La OMS recomienda el anillo vaginal de dapivirina como una nueva opción para la prevención del VIH en mujeres con un riesgo sustancial de infección por VIH. En: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 26 de enero de 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2021 (<https://www.who.int/news-room/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection>).

# 02

## PRUEBAS Y TRATAMIENTO

**E**n los últimos cinco años, el mundo ha logrado grandes avances en la ampliación de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH y la prevención de muertes relacionadas con el sida. Más personas que viven con VIH que nunca conocen su estado serológico, están accediendo a la terapia antirretroviral y están logrando la supresión viral necesaria para mantenerse saludables y prevenir la transmisión del virus. En el 2020, aproximadamente 27.5 millones [26.5 millones – 27.7 millones] de personas que viven con VIH en el mundo estaban accediendo a la terapia antirretroviral.

Ocho países de tres regiones han alcanzado totalmente los objetivos 90–90–90 entre las personas que viven con VIH.<sup>1</sup> Sin embargo, a nivel mundial, estos objetivos se incumplieron, aunque no por un margen amplio: a fines de 2020, el 84% [67–98%] de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico, el 87% [67–98%] de las personas que viven con VIH que conocían su estado serológico estaban accediendo a la terapia antirretroviral y el 90% [70–98%] de las personas en tratamiento tenían supresión viral. Estas brechas aparentemente pequeñas se suman para dejar al mundo alrededor de 2.7 millones de personas que viven con VIH por debajo del objetivo de 2020. En total, aproximadamente un tercio de los 37.7 millones [30.2 millones – 45.1 millones] de personas que viven con VIH en el mundo tenían cargas virales no suprimidas a finales de 2020.

Las brechas en las pruebas y el tratamiento tienden a ser mayores entre los vulnerables, los marginados y los que tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de salud. Las brechas entre niños, jóvenes, hombres y poblaciones claves que viven con VIH son particularmente notables. Los signatarios de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el SIDA de 2021 se han comprometido a lograr las metas de pruebas, tratamiento y supresión viral 95–95–95 en todos los entornos demográficos, grupos y geográficos para el 2025, incluyendo los niños y adolescentes. Esto requerirá una voluntad política fortalecida, un financiamiento adecuado y el uso de enfoques diferenciados para satisfacer las diversas necesidades de pruebas y tratamiento de las poblaciones que aún no han experimentado todos los beneficios para la salud del tratamiento del VIH y otros servicios de atención de la salud, como el examen de la tuberculosis y tratamiento y terapia preventiva.

<sup>1</sup> Los objetivos de 90–90–90 son: 90% de las personas que viven con VIH conocen su estado de VIH, 90% de las personas que conocen su estado VIH positivo están accediendo al tratamiento y 90% de las personas que reciben tratamiento han suprimido las cargas virales.

Se pueden obtener lecciones de las formas innovadoras en que los servicios de pruebas y tratamiento del VIH han superado las interrupciones durante la pandemia de COVID-19, a menudo basándose en modificaciones impulsadas por la comunidad. Estos enfoques son especialmente relevantes para poblaciones y entornos de difícil acceso donde los servicios convencionales no pueden lograr una cobertura suficiente. Las pruebas y el tratamiento contra el VIH en las instalaciones deben complementarse con enfoques dirigidos por la comunidad que brinden servicios de manera conveniente para las poblaciones que actualmente se quedan atrás.



*Malohat, maestra de escuela primaria y trabajadora de alcance en Buchtar, Tayikistán, toma su medicación antirretroviral diaria.*

*Crédito: ONUSIDA*

## **OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021**

- Asegurar que 34 millones de personas reciban tratamiento contra el VIH.
- Lograr las metas de pruebas, tratamiento y supresión viral 95–95–95 en todos los grupos demográficos y entornos geográficos, incluyendo los niños y adolescentes que viven con VIH.
  - 95% de las personas que viven con VIH conocen su estado de VIH.
  - 95% de las personas que conocen su estado VIH positivo están accediendo al tratamiento.
  - 95% de las personas que reciben tratamiento han suprimido las cargas virales.
- Asegurar que el 90% de las personas que viven con VIH reciban tratamiento preventivo para la tuberculosis.
- Reducir las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con VIH en un 80% (en comparación con el nivel de referencia de 2010).
- Usar modelos de prestación de servicios diferenciados para las pruebas y el tratamiento, incluyendo servicios digitales, dirigidos por la comunidad y basados en la comunidad.

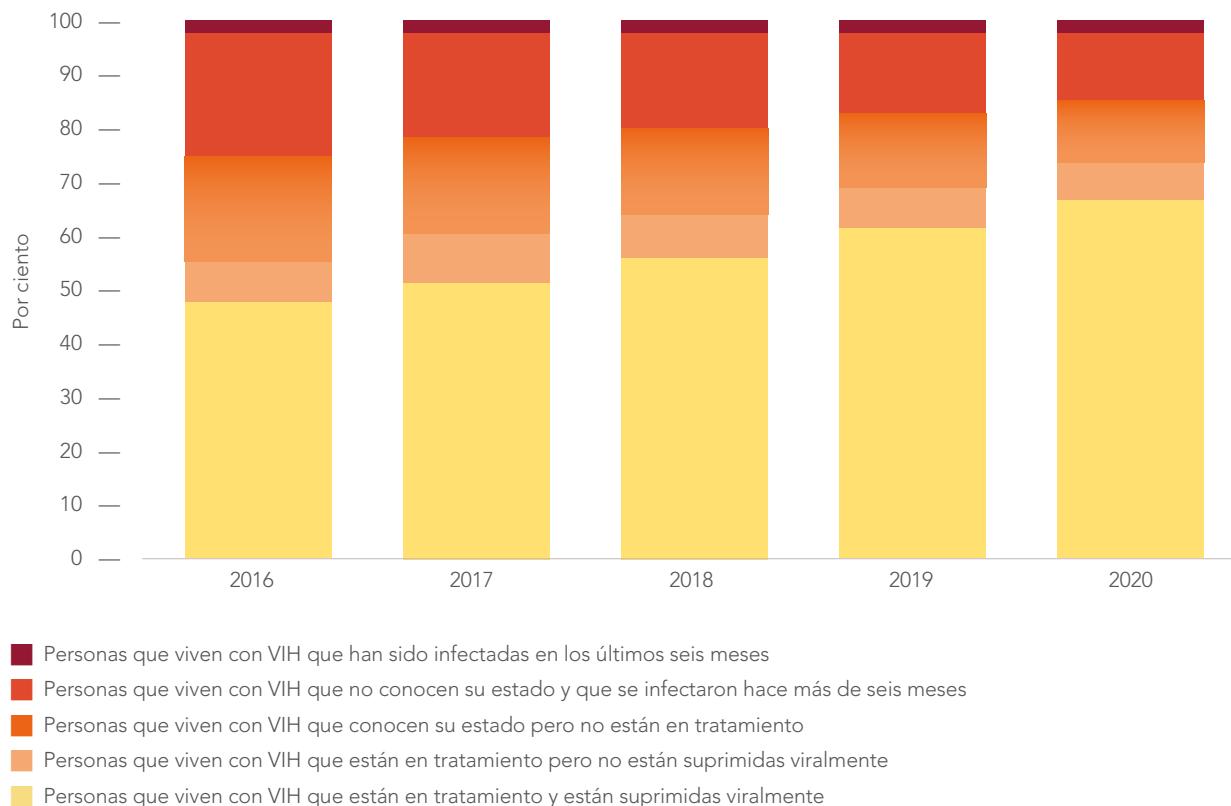
## DATOS SOBRE EL VIH

Más personas que nunca que viven con VIH conocen su estado de VIH, están accediendo a la terapia antirretroviral y están logrando la supresión viral necesaria para mantenerse saludables y prevenir la transmisión del virus.

### Las brechas se estrechan a lo largo de la cascada

El progreso a lo largo de la cascada de pruebas y tratamientos del VIH ha incluido un aumento en la proporción de personas que viven con VIH que tienen supresión viral, y una reducción en las proporciones de personas que no saben que viven con VIH y aquellas que saben que viven con VIH, pero que no han iniciado el tratamiento o cuyo tratamiento fue interrumpido, lo que sugiere que se han logrado mejoras globales en las pruebas del VIH, vinculación con la atención y retención de la misma (Figura 2.1). Las reducciones en los porcentajes de personas recién infectadas y aquellas en tratamiento que no están suprimidas viralmente han sido más modestas.

**FIGURA 2.1 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Y PRUEBAS Y TRATAMIENTOS DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), MUNDIAL, 2016-2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

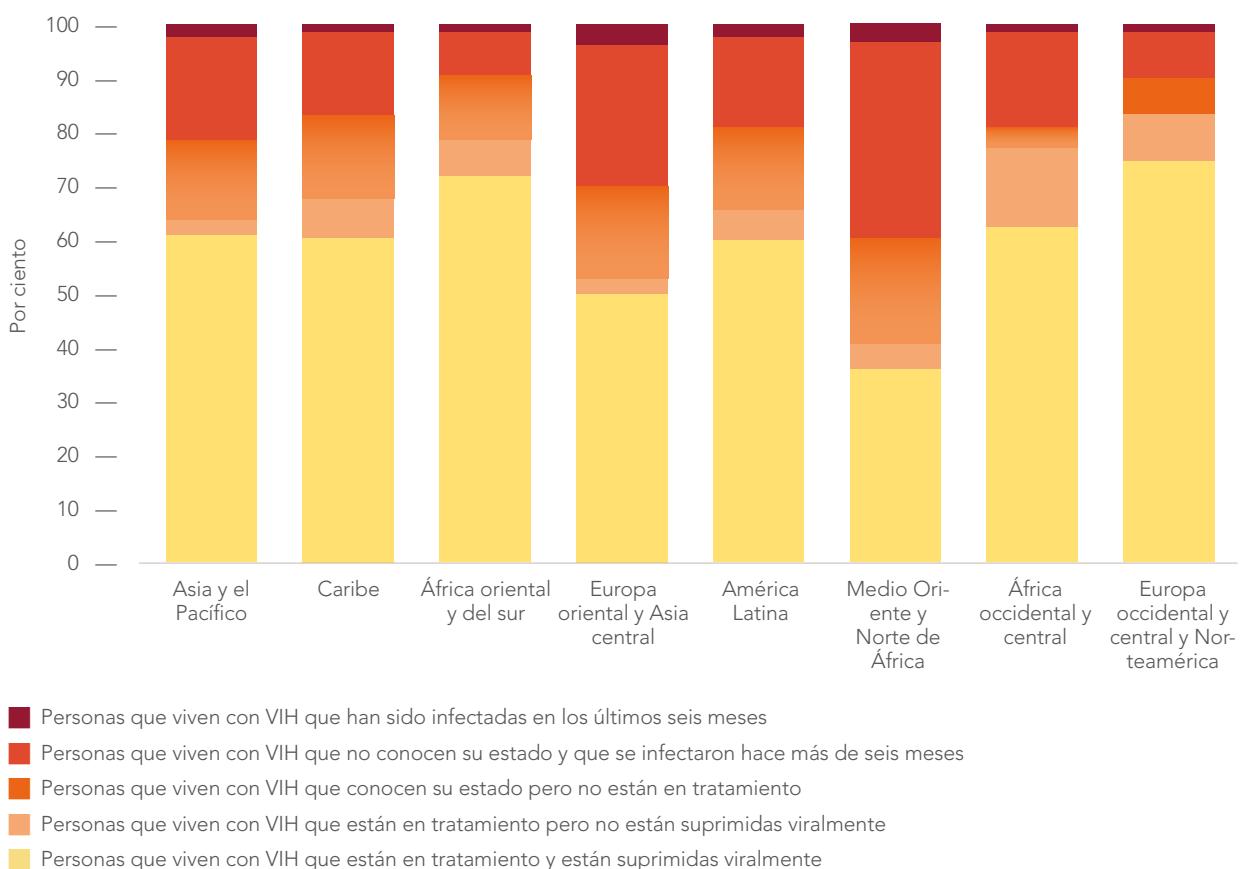
## DATOS SOBRE EL VIH

### El progreso varía según la región

Continúa habiendo una gran proporción de personas que saben que son seropositivas pero que no reciben terapia antirretroviral en todas las regiones, excepto en África occidental y central, Europa occidental y central y América del Norte (Figura 2.2). Las brechas en el conocimiento del estado serológico con respecto al VIH son especialmente grandes en Medio Oriente y África del Norte, donde la supresión viral y la cobertura de tratamiento son más bajas que en cualquier otra región. Europa del Este y Asia central también tienen un gran porcentaje de personas que viven con VIH que no conocen su estado serológico o que han sido diagnosticadas pero que actualmente no están recibiendo tratamiento.

En el 2020, Asia y el Pacífico, el Caribe y ambas regiones del África subsahariana tenían los porcentajes más altos de personas que viven con VIH que estaban viralmente suprimidos que en América Latina, que fue uno de los primeros líderes en el tratamiento. En África occidental y central, hay un porcentaje particularmente alto de personas en tratamiento que aún no están suprimidas viralmente, mientras que un porcentaje relativamente menor de personas que viven con VIH en la región conocen su estado serológico pero no están en tratamiento.

**FIGURA 2.2 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Y PRUEBAS Y TRATAMIENTOS DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), POR REGIÓN, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# DATOS SOBRE EL VIH

## Una diversidad de países logra 90–90–90

Al menos ocho países alcanzaron totalmente los objetivos 90–90–90 para fines de 2020, y otros 11 lograron una supresión de la carga viral equivalente al 73% entre todas las personas que viven con VIH (cuadro 2.1). La diversidad de estos 19 países demuestra que estos ambiciosos objetivos se pueden lograr en todos los niveles de ingresos, entornos epidémicos y normas socioculturales.

TABLA 2.1 | PAÍSES QUE LOGRARON LOS OBJETIVOS DE LA CASCADA DE TRATAMIENTO DEL VIH, 2020

	90–90–90 valor (todos)	90–90–90 valor (niños de 0 a 14 años)	90–90–90 valor (mujeres mayores de 15 años)	90–90–90 valor (hombres mayores de 15 años)	Nivel de supresión viral (todos)
Suazilandia	>98->98-95	>98->98-91	>98->98-95	94->98-94	97
Suiza	93->98-96				88
Ruanda	93->98-96	54->98-89	96->98-96	93->98-96	89
Qatar	93->98-96		>98->98-81	90-97->98	86
Botsuana	91-95->98	62->98-94	94.5->98->98	88-87-97	85
Eslovenia	90-97-96				85
Uganda	91->98-90	63->98-78	96->98-92	88-97-89	85
Malawi	91-94-94	73->98-73	94-94.9-95	90-92-94	85
Zimbabue	93->98-89	72->98-72	96->98-91	92->98-88	82
Kenia	96-89-94	84->98-86	>98-92-94	91-83-94	81
Namibia	89.9-98-91	81-92-80	92->98-93	86-94-89	80
Camboya	84->98-97	60->98-88	82->98-98	86->98-97	81
Lesoto	94-87-97	83->98-92	94.6-92-97	93-79-97	80
Burundi	89->98-89.7	31->98-70	>98->98-91	85-96-89	79
Uruguay					79
Noruega					79
Tailandia	94-84-97	>98-76-87	92-86-97	96-81-97	77
Zambia	86-95-93	58->98-84	89-94-94	84-95-93	76
Croacia	84-88->98		80-92->98	84-87->98	73

■ Alcanzó los objetivos 90–90–90

■ Solo alcanzó el objetivo de supresión de carga viral del 73%

■ No se alcanzó el objetivo 90–90–90

■ Datos no disponibles

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

<sup>a</sup>No se dispone de datos sobre las pruebas y la cobertura de tratamiento para niños. Sin embargo, debido a que los niños que viven con VIH representan menos del 1% del total de personas que viven con VIH, se utilizaron datos de adultos

Nota: En la Actualización Mundial sobre el SIDA de 2020, Aprovechando el Momento: Abordar las desigualdades arraigadas para acabar con las epidemias, Australia, Namibia y los Países Bajos se encontraban entre los países que alcanzaron los objetivos 90–90–90 en el 2019. Sin embargo, basándose en los datos de 2020, Namibia no ha logrado los objetivos, principalmente debido a que los niños se han quedado rezagados. Australia y los Países Bajos no tuvieron estimaciones completas sobre la cascada este año. En el mismo informe, Irlanda y España se encontraban entre los países que alcanzaban su objetivo de supresión viral en todos los niveles de población. Sin embargo, este año no se dispone de datos de supresión viral para ninguno de los dos países.

Nota: Los modelos de ONUSIDA estimaron que en la región de Europa occidental y central y América del Norte, más del 73% de las personas que vivían con VIH habían suprimido las cargas virales en el 2020.

Nota: Se ha evaluado que los países logran los objetivos 90–90–90 si la cobertura es  $\geq 90.0$ . Por lo tanto, no se considera que la cobertura de 89,9 logre el objetivo. Ver el anexo sobre métodos para una descripción de cómo se calculan las estimaciones regionales de los objetivos de ensayo y tratamiento.

Nota: En Suazilandia, se estima que la supresión de la carga viral entre todas las personas que viven con VIH es ligeramente superior a la proporción suprimida viralmente entre las personas que reciben tratamiento debido a la incertidumbre en el número de personas que reciben tratamiento y en el número de personas que viven con VIH.

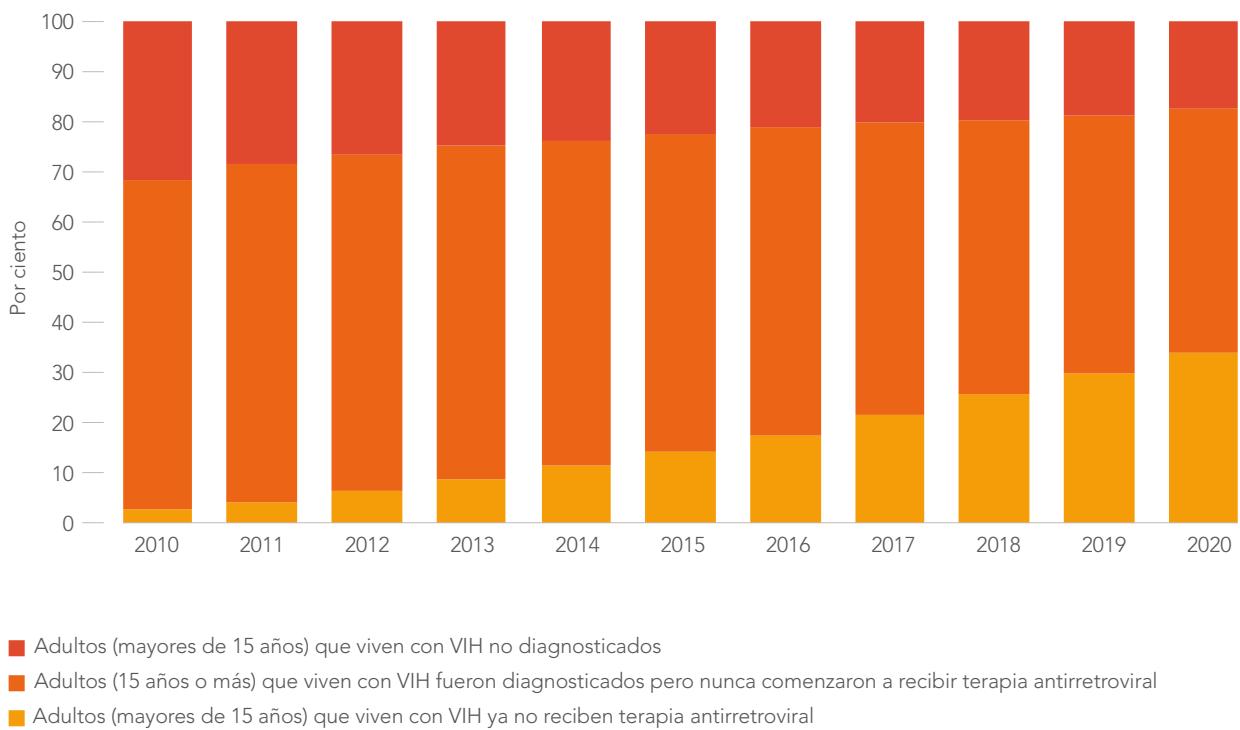
## La retención en el cuidado es una preocupación creciente

Los datos de Sudáfrica destacan el desafío que enfrentan muchos de los programas de tratamiento cuando se trata de retener con éxito a las personas en la atención del VIH. El programa de tratamiento del VIH en Sudáfrica llega a más personas que viven con VIH que cualquier otro en el mundo, con casi 5.1 millones de adultos (15 años o más) que recibieron terapia antirretroviral en 2020. Entre los 2.5 millones de adultos que viven con VIH en Sudáfrica que no están en tratamiento, un porcentaje cada vez mayor son las personas que habían comenzado el tratamiento pero ya no lo reciben (Figura 2.3) (1). Los esfuerzos para ayudar a las personas en tratamiento a mantenerse adheridas y lograr una supresión viral duradera son fundamentales para mejorar los resultados de salud, maximizar los beneficios preventivos del tratamiento y prevenir la aparición de cepas del VIH resistentes a los medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó recientemente sus guías de tratamiento contra el VIH con una nueva recomendación para rastrear a las personas que se han desvinculado de la atención y brindar apoyo para volver a recibirlo (2).

## DATOS SOBRE EL VIH

Apoyar a las personas para que se mantengan en el tratamiento y logren supresión viral duradera es fundamental para mejorar los resultados de salud y prevenir la transmisión del VIH.

FIGURA 2.3 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE NO RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, ADULTOS (15 AÑOS O MÁS), SUDÁFRICA, 2010–2020



- Adultos (mayores de 15 años) que viven con VIH no diagnosticados
- Adultos (15 años o más) que viven con VIH fueron diagnosticados pero nunca comenzaron a recibir terapia antirretroviral
- Adultos (mayores de 15 años) que viven con VIH ya no reciben terapia antirretroviral

Fuente: Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa versión 4.4: Un modelo para evaluar el impacto del VIH/SIDA en Sudáfrica. 2021 (<https://www.thembisa.org/>); Comunicación personal con el Dr Leigh Johnson, Modelador Principal, Centro de Epidemiología e Investigación de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Salud Pública y Medicina Familiar, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, 2 de junio de 2021.

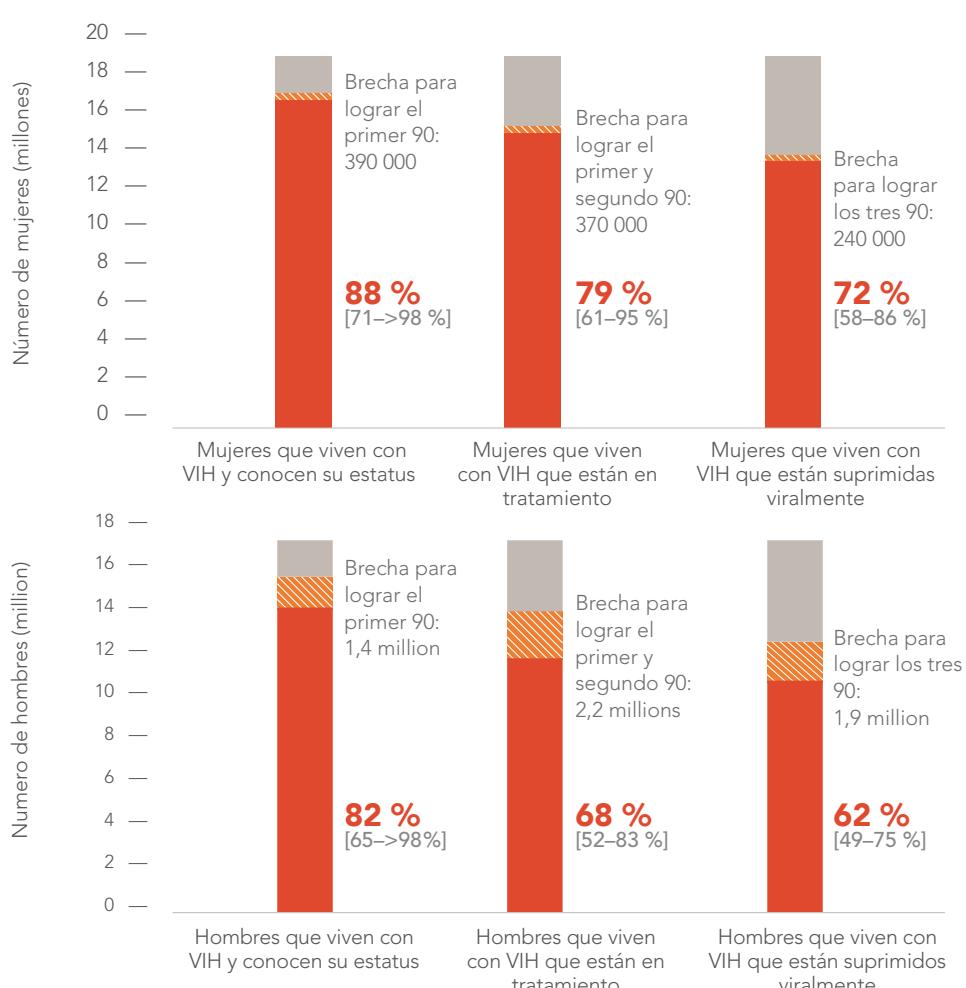
# DATOS SOBRE EL VIH

## La afectación a los hombres que viven con VIH

A nivel mundial, los objetivos 90–90–90 casi se lograron entre las mujeres adultas (15 años o más) que viven con VIH, y se lograron en África oriental y meridional y en Europa occidental y central y América del Norte. Sin embargo, a los hombres que viven con VIH les va peor que a las mujeres a lo largo del proceso continuo de pruebas y tratamiento contra el VIH. En comparación con las mujeres que viven con VIH, hay 1 millón más de hombres que viven con VIH que no conocen su estado serológico, 1.8 millones más de hombres que conocen su estatus pero no están en tratamiento, y 1.6 millones más de hombres que no están suprimidos viralmente (Figura 2.4).

Si bien las normas de género que valoran la fuerza y el estoicismo masculino pueden explicar en parte por qué muchos hombres retrasan la búsqueda de atención, también están en juego otros factores (3). Los servicios de atención primaria de salud en África oriental y meridional se enfocan mayormente en las mujeres en edad reproductiva, y los servicios de salud reproductiva, materna e infantil ofrecen puntos de entrada ideales para los servicios relacionados con el VIH; puntos de entrada similares para los hombres no son comunes (4, 5). Las intervenciones para llegar e incluir a los hombres con éxito en los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH están en aumento, incluso a través de intervenciones en el lugar de trabajo y un mayor uso de enfoques de autoprueba, y proporcionando servicios en departamentos ambulatorios, pero una comprensión más precisa del por qué el uso de los servicios contra el VIH por parte de los hombres continúa rezagado puede ayudar a dar forma a métodos adicionales para cerrar esta brecha (6, 7).

**FIGURA 2.4 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO CONTRA EL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) COMPARADO A LOS HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), MUNDIAL, 2020**

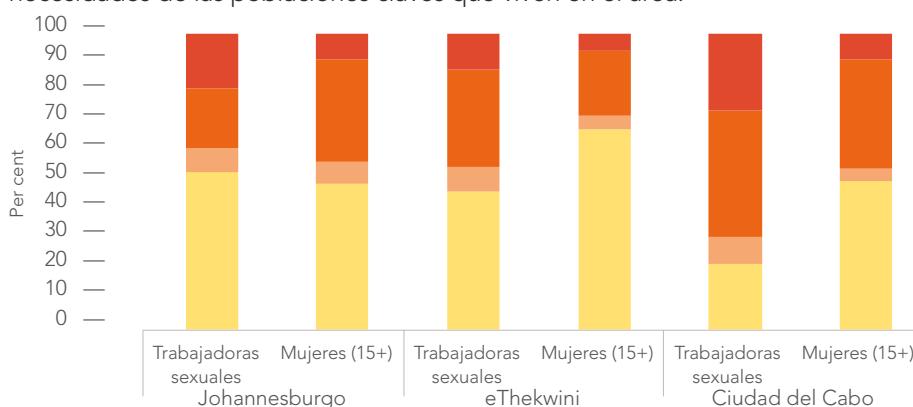


## Brechas en las pruebas y tratamientos en las poblaciones claves

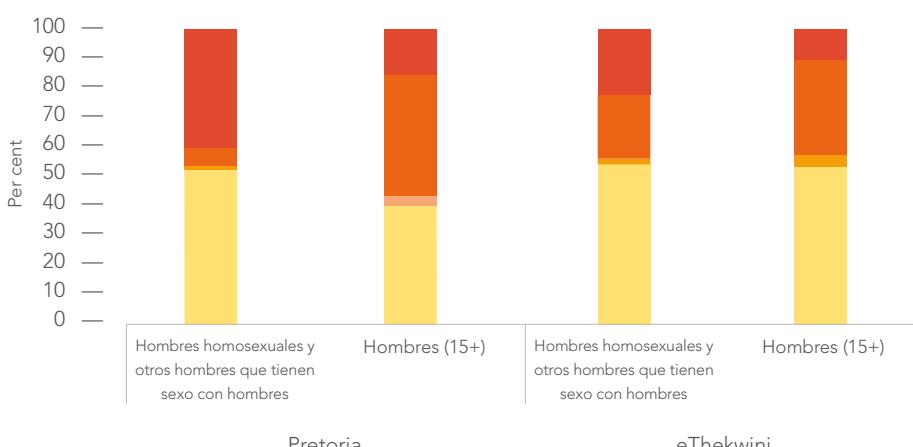
Llegar a las poblaciones claves que viven con VIH con servicios de pruebas y tratamientos contra el VIH ha sido un desafío en todas las regiones. Incluso los programas de VIH que generalmente tienen un buen desempeño, como en Sudáfrica, pueden tener problemas en esta área (Figura 2.5). Los datos sobre las pruebas y tratamientos contra el VIH de tres distritos sudafricanos, principalmente urbanos, muestran que las trabajadoras sexuales que viven con VIH tenían menos probabilidades de conocer su estatus serológico que las mujeres adultas en general. En dos de los distritos, las trabajadoras sexuales seropositivas también tenían menos probabilidades de recibir tratamiento contra el VIH y de estar suprimidas viralmente (8, 9).

Igualmente, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con VIH eran mucho menos propensos a conocer su estatus serológico en comparación con la población general de hombres adultos que viven con VIH (Figura 2.6). Sorprendentemente, sin embargo, los datos de los distritos de Pretoria y eThekwni sugieren que, cuando los hombres homosexuales VIH positivos y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sí conocían su estatus serológico, tenían más probabilidades que otros hombres VIH positivos de recibir terapia antirretroviral y estar suprimidos viralmente (8, 9). Las variaciones enfatizan la importancia de adaptar los servicios de pruebas y tratamientos contra el VIH a nivel local a los desafíos y las necesidades de las poblaciones claves que viven en el área.

## DATOS SOBRE EL VIH



**FIGURA 2.5 | CONOCIMIENTO DEL ESTATUS, TRATAMIENTO Y SUPRESIÓN VIRAL BRECHAS ENTRE MUJERES ADULTAS Y TRABAJADORAS SEXUALES EN SUDÁFRICA, DISTRITOS SELECCIONADOS 2018**



**FIGURA 2.6 | CONOCIMIENTO DEL ESTATUS, TRATAMIENTO Y SUPRESIÓN VIRAL BRECHAS ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN SUDÁFRICA, DISTRITOS SELECCIONADOS, 2018**

- Personas que viven con VIH que no conocen su estatus
- Personas que viven con VIH que conocen su estatus pero no están en tratamiento
- Personas que viven con VIH que conocen su estatus, están en tratamiento, pero no están suprimidas viralmente
- Personas que viven con VIH conocen su estatus, están en tratamiento y están suprimidas viralmente

# DATOS SOBRE EL VIH

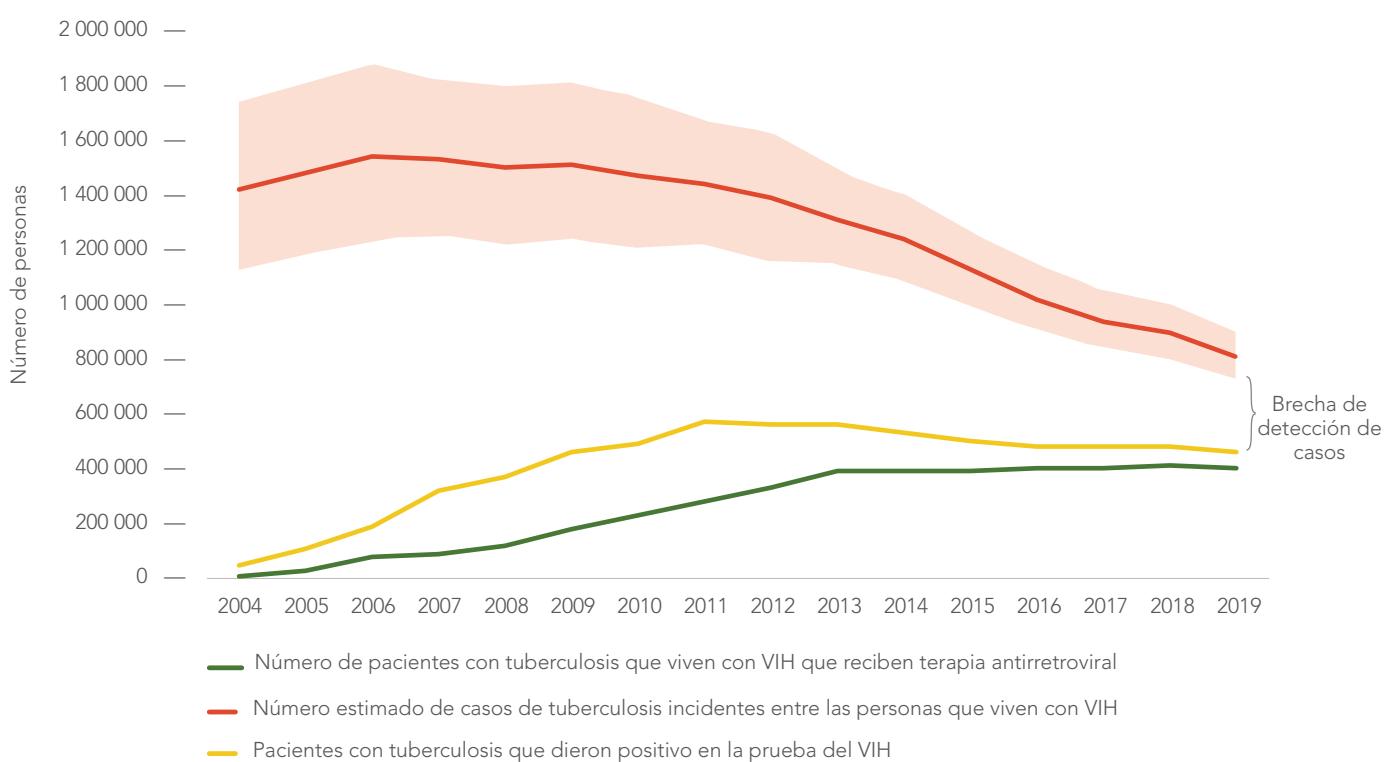
La tuberculosis continúa siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH.

## Reducción de los casos de tuberculosis entre las personas que viven con VIH

La tuberculosis es una enfermedad prevenible y tratable; sin embargo, continúa cobrando millones de vidas cada año y sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con VIH (10).

En los últimos años se han logrado grandes avances. Ha habido una disminución constante en el número estimado de casos incidentes de tuberculosis entre las personas que viven con VIH y un aumento gradual en el número de pacientes con tuberculosis que viven con VIH y que reciben terapia antirretroviral (Figura 2.7). Sin embargo, solo el 55% de los 815 000 [729 000–906 000] casos incidentes de tuberculosis entre personas que vive con VIH fueron diagnosticados y notificados en el 2019. El 88% de esas personas que viven con VIH con casos de tuberculosis diagnosticados y notificados estaban vinculados a la terapia antirretroviral (10).

**FIGURA 2.7| CASOS DE TUBERCULOSIS NUEVOS NOTIFICADOS Y RECAÍDAS CONOCIDOS COMO VIH-POSITIVOS, NÚMERO DE CASOS EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL Y NÚMERO ESTIMADO DE CASOS DE TUBERCULOSIS INCIDENTES ENTRE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, 2004–2019**



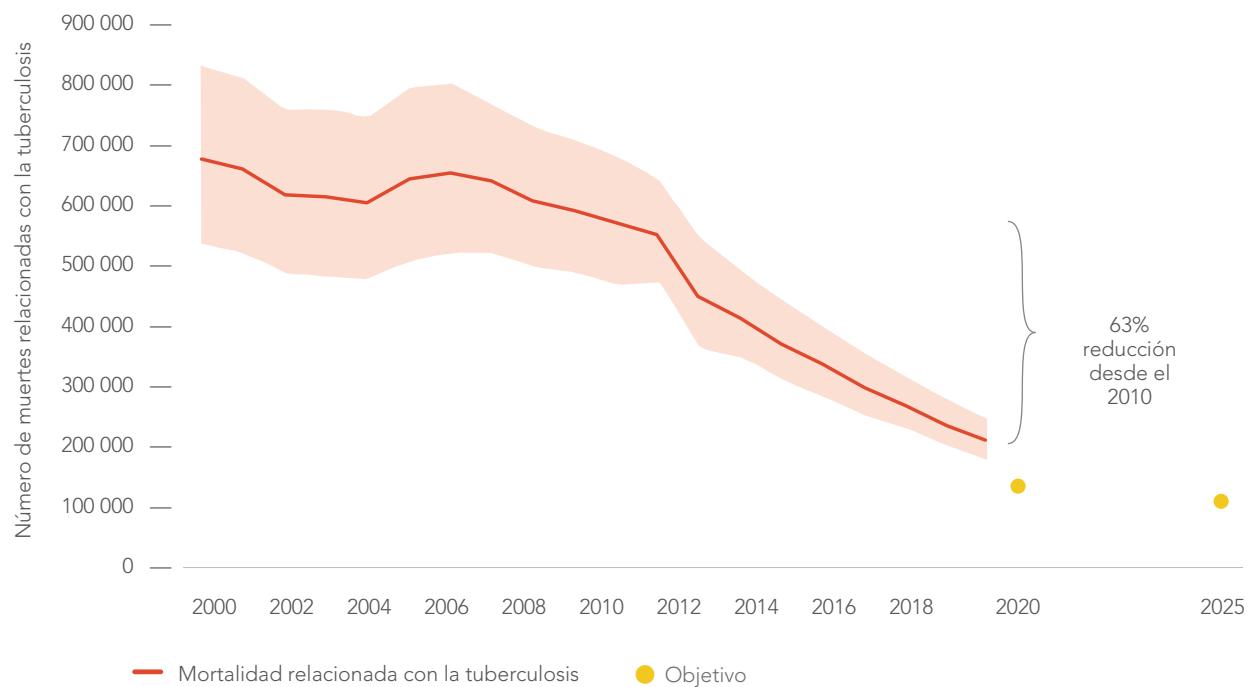
## Las muertes por tuberculosis se reducen en más de la mitad

Se estima que se produjeron 210 000 [177 000–242 000] muertes relacionadas con la tuberculosis en el 2019 entre las personas que viven con VIH, una reducción del 63% desde el 2010, cuando la tuberculosis cobró la vida de 570 000 [470 000–680 000] personas que vivían con VIH (Figura 2.8). La Declaración Política sobre el sida de 2021 requiere una reducción del 80% para el 2025 (en comparación con la referencia de 2010).

Las mayores reducciones en las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con VIH han sido en la India (reducción del 83% desde el 2010), Kenia (reducción del 70%), Sudáfrica (reducción del 77%) y la República Unida de Tanzania (reducción del 71%). Esos logros representan decenas de miles de muertes evitadas. En Sudáfrica, por ejemplo, se estima que 36 000 personas que vivían con VIH murieron de tuberculosis en el 2019, en comparación con casi 160 000 muertes en el 2010.

El progreso es mucho más lento en Camerún, la República Democrática del Congo, Uganda y Zambia. Estos países se encuentran entre los 30 países que representaron el 88% de todas las muertes relacionadas con la tuberculosis entre las personas que viven con VIH en el 2019.

**FIGURA 2.8I NÚMERO DE MUERTES RELACIONADAS CON LA TUBERCULOSIS ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, MUNDIAL, 2000–2019 Y OBJETIVOS DEL 2020 Y 2025**



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

Nota: El objetivo de 2025 fue fijado por la Asamblea General en la Declaración Política sobre el Sida de 2021.

## DATOS SOBRE EL VIH

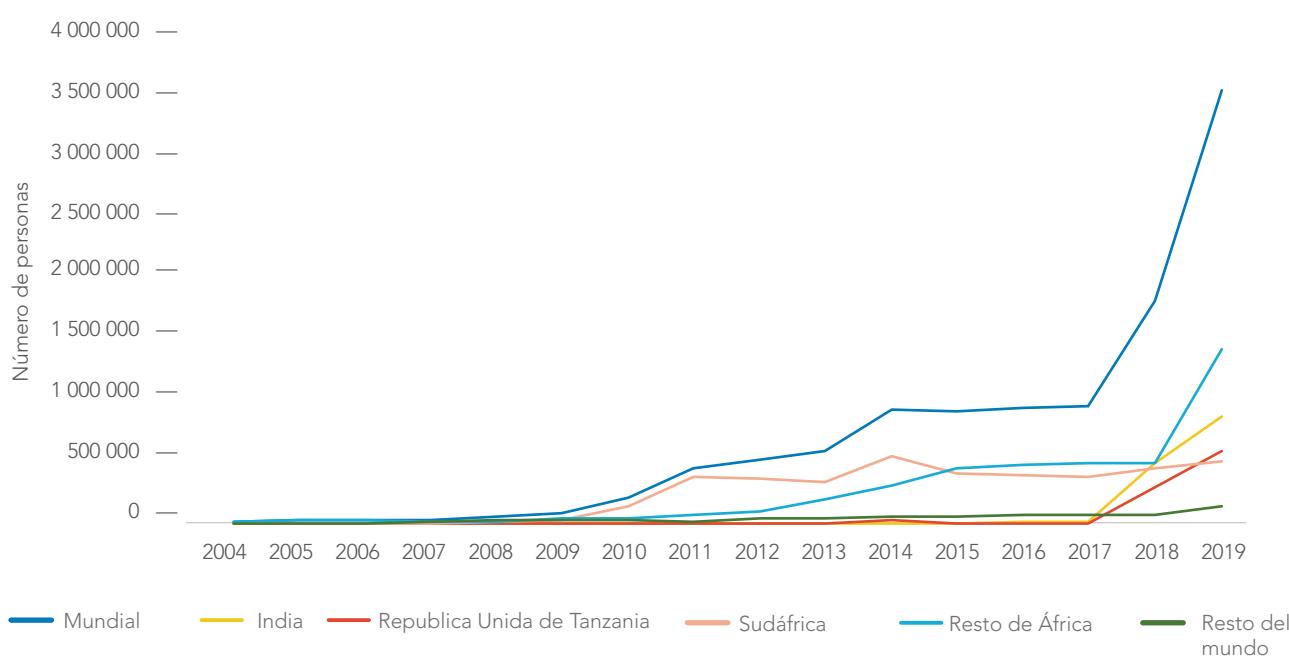
# DATOS SOBRE EL VIH

## Aumento significativo del tratamiento preventivo contra la tuberculosis

En la primera Reunión de Alto Nivel sobre Tuberculosis de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) en el 2018, los Estados Miembros se comprometieron a brindar tratamiento preventivo contra la tuberculosis para al menos 30 millones de personas en el período de cinco años 2018-2022, incluyendo 6 millones de personas que viven con VIH. Se ha logrado un progreso sustancial, con aumentos significativos en la India y varios países del África subsahariana (Figura 2.9). En algunos países, en particular Kenia, Uganda y Zimbabue, un gran porcentaje de personas que habían iniciado recientemente el tratamiento contra el VIH en el 2019 también iniciaron con el tratamiento preventivo contra la tuberculosis (Figura 2.10).

Los datos reportados por 75 países muestran que 3.5 millones de personas que reciben tratamiento contra el VIH recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis en el 2019, más de la mitad de ellos en tres países (India, Sudáfrica y República Unida de Tanzania) (Figura 2.11). En el 2018 y 2019, se estima que 5.3 millones de personas que viven con VIH recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis, el 88% del objetivo de cinco años (10). El objetivo de la Declaración Política sobre el sida de 2021 es más ambicioso, y pide que al menos el 90% de las personas que viven con VIH reciban tratamiento preventivo contra la tuberculosis para el 2025. Muchos de los países con una gran carga de tuberculosis y VIH deberán introducir mejoras rápidamente si quieren alcanzar ese objetivo.

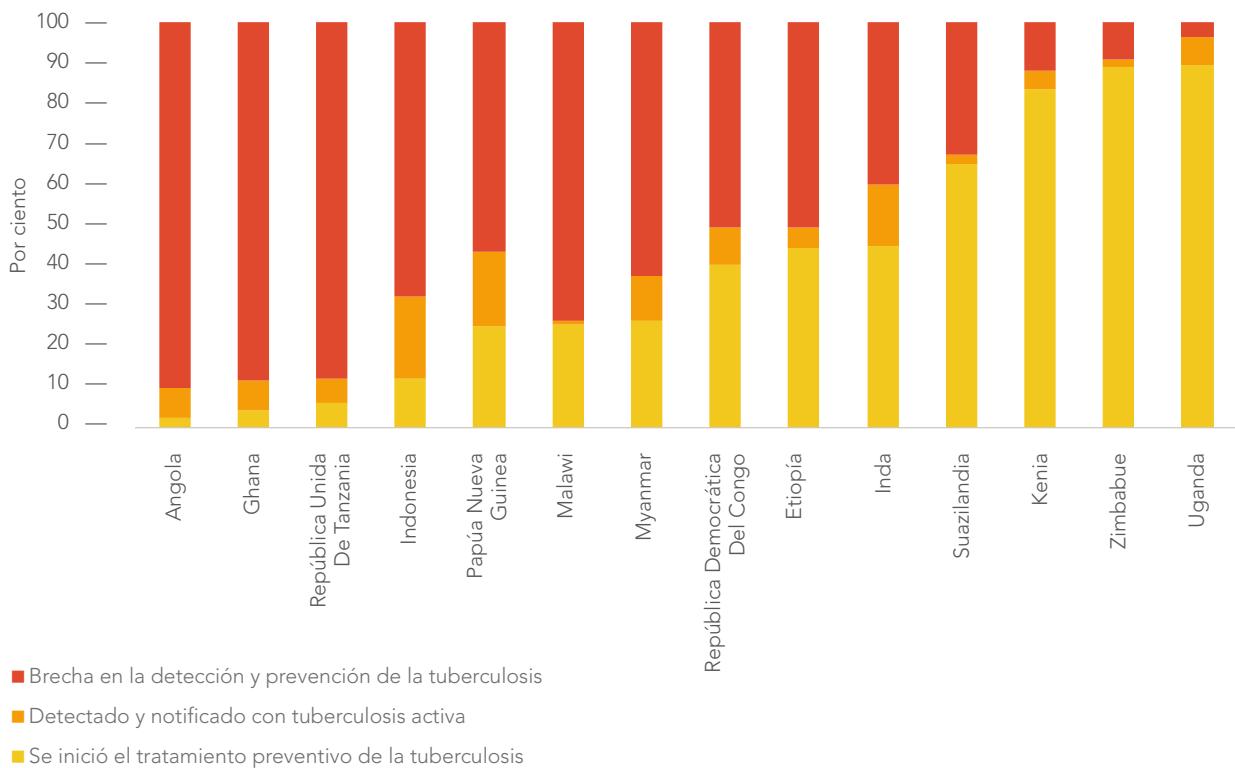
**FIGURA 2.9 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE RECIBIERON TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA TUBERCULOSIS, 2014-2019**



Fuente: ONUSIDA Monitorio Global del SIDA, 2020, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Informe mundial sobre la tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

Nota: Hasta el 2016, los países reportaron del número de personas que vivían con VIH recién inscritas en la atención del VIH que recibían tratamiento preventivo contra la tuberculosis. A partir de 2017, los países podrían informar del número de personas que viven con VIH, tanto recién inscritas como actualmente inscritas en la atención del VIH, que recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis.

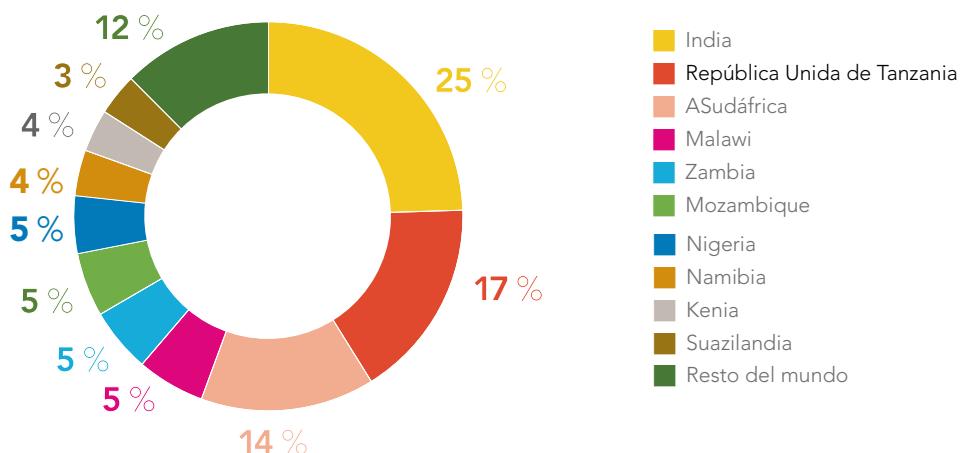
**FIGURA 2.10| PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH RECIÉN INSCRITAS EN EL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH QUE FUERON DETECTADAS Y NOTIFICADAS CON TUBERCULOSIS ACTIVA O QUE INICIARON A RECIBIR TRATAMIENTO PREVENTIVO CONTRA LA TUBERCULOSIS Y GAP, PAÍSES SELECCIONADOS, 2019**



Fuente: ONUSIDA Monitorio Global del SIDA, 2020, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Informe mundial sobre la tuberculosis. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

Nota: Los países incluidos figuran entre los 30 países con una elevada carga de tuberculosis y VIH que tenían datos disponibles sobre el número de personas que viven con VIH recién inscritas en el tratamiento del VIH, las que recibieron tratamiento preventivo contra la tuberculosis y las que fueron detectadas y notificadas que tenían tuberculosis activa durante el período que abarca el informe. Se calcula que estos países representan un 37% de los casos incidentes de tuberculosis entre las personas que viven con VIH en el 2019.

**FIGURA 2.11| DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE RECIBEN TRATAMIENTO PREVENTIVO PARA LA TUBERCULOSIS, POR PAÍSES, 2004–2019**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2020 (Informe mundial sobre la tuberculosis de <https://aidsinfo.unaids.org/>); Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

## Caso de Estudio

# “EL VIH ES NUESTRA PREOCUPACIÓN COLECTIVA”: CÓMO SUAZILANDIA LOGRÓ LOS OBJETIVOS 95-95-95

La prevalencia del VIH en Suazilandia se encuentra entre las más altas del mundo: el 27% de los adultos en este pequeño país del sur de África vivían con VIH en el 2020. Sorprendentemente, Suazilandia ya ha logrado para la población total del país las metas 95- 95 – 95 de las pruebas y tratamientos contra el VIH que la Asamblea General de la ONU adoptó recientemente como objetivo para el 2025 para todos los grupos de población relevantes.

De las 200 000 personas que vivían con VIH en Suazilandia en el 2020 (el 62% de ellas mujeres y niñas), más del 98% conocían su estado serológico, más del 98% de las personas que sabían que eran seropositivas están accediendo al tratamiento y el 95% de las personas en tratamiento fueron suprimidas viralmente (11). El rendimiento a lo largo de la cascada para las subpoblaciones también fue alto, pero las brechas fueron mayores entre los niños y los hombres adultos.

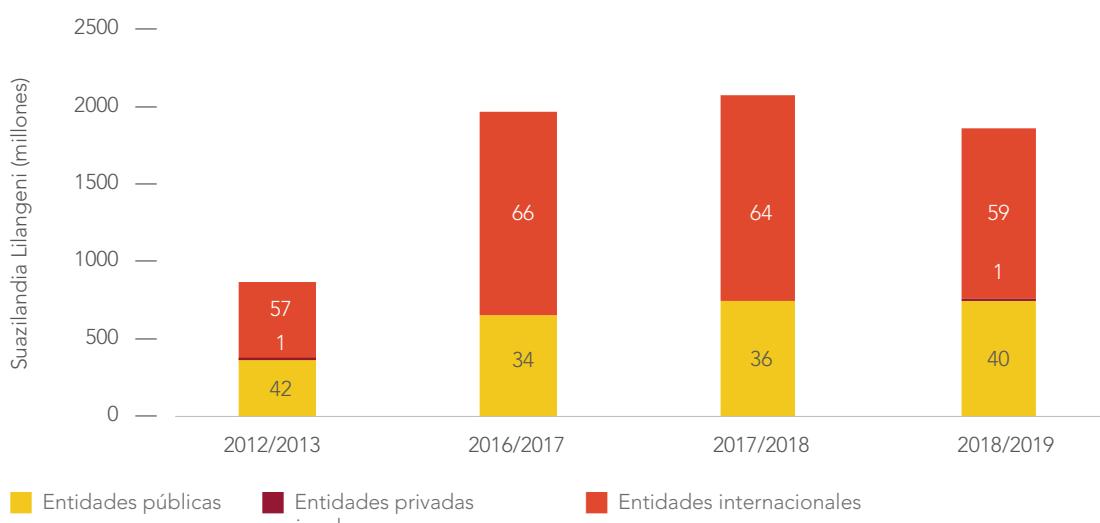
Un liderazgo político fuerte proporcionó el impulso para el éxito. Cuando el Rey Mswati III declaró el VIH como una emergencia nacional en 1999, declaró que “el VIH es nuestra preocupación colectiva”. Este llamado a la acción provocó un impulso nacional para controlar la epidemia (12). Ese compromiso de liderazgo se reflejó en el establecimiento del Consejo Nacional de Respuesta a Emergencias sobre el VIH y el SIDA (NERCHA) dentro de la Oficina del Primer Ministro en el 2001 y mediante asignaciones presupuestarias nacionales consistentes: durante los últimos 10 años, cerca del 40% del presupuesto del país para el VIH proviene de fuentes domésticas (Figura 2.12).

El programa de terapia antirretroviral de Suazilandia fue puesto a prueba en el 2004 y el Ministerio de Salud lo llevó a escala, con el apoyo de clínicas de salud privadas y algunas empresas. Donantes y otros socios para el desarrollo, en particular agencias de la ONU, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y la Unión Europea - han proporcionado financiamiento y asistencia técnica para el VIH y programas socioeconómicos relacionados. Los componentes de pruebas y tratamiento del plan nacional contra el VIH adoptan un enfoque multisectorial que involucra al gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, las redes comunitarias y los socios para el desarrollo.



*Mujeres visitando una clínica de salud materno infantil dirigida por la Asociación de Vida Familiar de Suazilandia. Crédito: ONUSIDA.*

**FIGURA 2.12 | FUENTES DEL GASTO EN VIH EN SUAZILANDIA, 2012/2013 A 2018/2019**



Fuente: Datos proporcionados por el Consejo Nacional de Respuesta a Emergencias sobre VIH y SIDA, mayo 2021.  
 Nota: 1 millón de Eswatini Lilangeni (SZL) = US\$ 72 817 (Tasas de Cambio Operativas de las Naciones Unidas, junio de 2021; ver: <https://treasury.un.org/operationalrates/OperationalRates.php>).

La respuesta al VIH está descentralizada a través de comités de coordinación regionales multisectoriales del VIH, que también aprovechan las funciones destacadas de los jefes y otras autoridades tradicionales para promover las respuestas locales al VIH y fomentar la participación comunitaria.

“Cambiar el comportamiento cultural es muy complejo, por lo que decidimos utilizar los aspectos de la cultura Swazi y los roles de los jefes que podrían ser beneficiosos”, explicó el Ministro de Salud de Suazilandia, Sibongile Ndllela-Simelane, en el 2017 (13). De manera similar, la Iniciativa de la Alianza de Alcaldes sobre Acción Comunitaria a Nivel Local está profundamente comprometida con la respuesta al VIH en las comunidades urbanas.

El jefe Jubiphathi Magagula de Nyakatfo en el norte de Hhohho, a quien se le diagnosticó VIH en la década de 1990, aprovecha sus propias experiencias cuando educa al público sobre la prevención, las pruebas y el tratamiento contra el VIH en reuniones comunitarias y eventos de campañas de concientización.

“Siempre doy el ejemplo al hacerme una prueba voluntaria del VIH junto con todos los miembros de

mi familia, incluyendo los niños. Como resultado, muchas personas se han realizado la prueba del VIH en esta comunidad, y estamos cosechando los beneficios de conocer nuestro estado serológico”, dice.

Gran parte del trabajo diario del programa de tratamiento corresponde al Ministerio de Salud, el cual descentralizó la distribución de antirretrovirales y otros medicamentos, introdujo la prueba del VIH comunitaria y, más recientemente, puso a disposición la autoprueba. Los servicios se integraron en los establecimientos de salud, por lo que las personas que viven con VIH pudieron recibir servicios de salud sexual y reproductiva, tuberculosis y VIH en una sola visita a una clínica u hospital.

Las campañas de información se incorporaron a los esfuerzos de movilización comunitaria, que ayudaron a cambiar las actitudes sobre el VIH y reducir el estigma y la discriminación. También fue distintiva la contribución de las organizaciones religiosas, que ayudaron a llevar los servicios de VIH y otros a comunidades remotas. Un cambio hacia el inicio del tratamiento dirigido por enfermeras condujo a un gran aumento en el número de personas que iniciaron la terapia antirretroviral, al igual que la



Las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel importante en la lucha contra el VIH al llegar a un gran número de personas a través de eventos culturales y campañas de sensibilización. Crédito: NERCHA



Cartel de la campaña "El VIH importa durante COVID-19".  
Crédito: NERCHA

adopción de un enfoque de prueba e inicio en el 2015, implementado por asesores capacitados y personal clínico (14).

Para evitar perder poblaciones marginadas y remotas, Suazilandia ajustó su estrategia de VIH para darle prioridad al compromiso comunitario y los enfoques basados en los derechos que llegan a las poblaciones claves (15).

La prestación de servicios diferenciados ha demostrado ser eficaz para eliminar algunos de los desincentivos restantes para las pruebas y el tratamiento, y para reducir el hacinamiento en los centros de salud (16). Los servicios se han hecho más flexibles para adaptarse a las necesidades y preferencias de diversas poblaciones: se ampliaron los servicios orientados a los jóvenes (junto con las redes comunitarias de apoyo al tratamiento de adolescentes, tales como clubes de adolescentes), y clínicas móviles y servicios de extensión fueron utilizados para servir a poblaciones claves (con el elemento importante del apoyo comunitario) (17).

Se han agregado otras adaptaciones al programa de pruebas y tratamiento durante la pandemia de COVID-19, con recetas que ahora abarcan de 3 a 6 meses de suministros de medicamentos antirretrovirales (18). Las auto pruebas también se ampliaron, con kits proporcionados en farmacias y locales comunitarios y frente a tiendas de alimentos (19).

## VINCULANDO EL VIH Y EL DESARROLLO

El programa de pruebas y tratamiento de Suazilandia maduró en un contexto de cambios estratégicos importantes, incluyendo el paso del bienestar social al desarrollo social. La Estrategia Nacional de Desarrollo de Suazilandia coloca la respuesta al VIH en el centro del progreso del desarrollo del país. Esto ha llevado a un mayor enfoque en la protección social, el fortalecimiento de los sistemas y la seguridad alimentaria, la creación de puntos de servicio basados en la comunidad y un amplio sistema de apoyo para los huérfanos y otros niños vulnerables (15).

El financiamiento del PEPFAR y el Fondo Mundial da prioridad a los recursos para áreas donde se han identificado brechas a través de análisis de brechas financieras y de programas. Esto reduce la duplicación, aumenta la equidad y permite ampliar la cobertura del programa. Mientras tanto, el financiamiento sostenido ha ayudado a Suazilandia a evitar la falta de inventario de medicamentos, crear confianza pública en el programa de tratamiento y minimizar las interrupciones del tratamiento.

El impacto ha sido inmenso: las muertes relacionadas con el sida se redujeron en un 53% entre el 2010 y el 2020, con un total de 2400 muertes por causas relacionadas con el sida en el 2020, el total más bajo desde mediados de la década de 1990. El éxito del tratamiento también ha contribuido a una fuerte disminución de nuevas infecciones por VIH, que se redujeron en un 64% entre el 2010 y el 2020.

## Caso de Estudio

# CAMBIANDO LA FORMA EN LA QUE LE HABLAMOS A LOS HOMBRES

Los hombres en Sudáfrica tienen menos probabilidades que las mujeres de usar servicios de VIH, incluyendo pruebas de VIH e iniciar y permanecer en terapia antirretroviral (20). También tienen peores resultados de salud relacionados con el VIH que las mujeres. La culpa es comúnmente dirigida a los hombres y las llamadas masculinidades de los hombres fuertes que los animan a rehuir del VIH y otros servicios de salud.

Sin embargo, los esfuerzos por parecer autosuficientes, estoicos y resilientes sin importar las circunstancias a menudo enmascaran realidades más vulnerables, como lo descubierto por los investigadores del proyecto *Breaking the Cycle* cuando buscaron formas de mejorar el uso de los servicios de VIH que salvan vidas entre los hombres.<sup>2</sup> En este proyecto se entrevistó a más de 2000 hombres sobre sus puntos de vista y experiencias sobre el VIH, y sus hallazgos están cambiando muchas suposiciones comunes sobre los hombres y los servicios relacionados con el VIH, al tiempo que confirman los conocimientos iniciales de la investigación cualitativa realizada en el 2019.

Encontraron que actitudes aparentemente obstinadas o indiferentes sobre el VIH entre los hombres a menudo enmascaran profundos temores (21). Los hombres sudafricanos tienden a asociar el VIH con el abandono y la pérdida; incluso el tratamiento es visto como un marcador estigmatizador que los dejará excluidos y solos. Imitar los estereotipos de valentía y autosuficiencia a menudo conlleva el precio del aislamiento emocional: pocos hombres tienen a alguien al que pueden recurrir para recibir apoyo y hacer frente a un diagnóstico de VIH. Muchos hombres también esperan experiencias desagradables en las clínicas de salud, que consideran como espacios de juicio más que fuentes de asesoramiento y apoyo.

<sup>2</sup> El proyecto *Breaking the Cycle* es financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates e implementado por PSI, Ipsos y Matchboxology.



Sibusiso Songca es mentor del proyecto Coach Mpilo, en el cual ayuda a los hombres con VIH a vivir bien y de forma saludable.  
Crédito: PSI Sudáfrica.

## DE COORDINADORES DE CASOS A MENTORES

Las conclusiones de la investigación de Breaking the Cycle se utilizaron para diseñar un nuevo modelo de apoyo entre pares llamado Coach Mpilo, una referencia a la palabra en zulú para “salud” y “vida”. Coach Mpilo conecta a los hombres con otros hombres que comprenden lo que están experimentando y que pueden brindar un apoyo significativo. El modelo reformula a los consejeros de VIH o coordinadores de casos como mentores y consejeros que brindan orientación y apoyo basados en la experiencia personal.

Coach Mpilo vincula a los hombres que viven con VIH y que necesitan apoyo en la adherencia al tratamiento con hombres que están suprimidos viralmente y que son ejemplos vivos de que un hombre con VIH puede vivir una vida feliz y normal. El objetivo es ayudar a los hombres a superar el aislamiento y la desesperación que a menudo sienten después de ser diagnosticados con VIH, fomentar actitudes positivas y la confianza acerca del tratamiento contra el VIH y mejorar las experiencias y los resultados del tratamiento de los hombres. Los mentores se enfocan en sus comunidades y trabajan estrechamente con el personal de la clínica, recibiendo referencias de enfermeras, acompañando a los hombres a las visitas clínicas según sea necesario, y ayudándolos a superar las barreras de retención y adherencia.

“Sé que hay mucha luz después del diagnóstico y espero compartir esta luz con los demás”, dice un mentor que trabaja en el distrito de Ehlanzeni, en la provincia de Mpumalanga.

Coach Mpilo se puso a prueba en tres distritos sudafricanos durante siete meses en el 2020. En el mismo participaron 120 mentores y más de 3800 hombres, la mayoría de ellos entre los 20 y los 50 años de edad.<sup>3</sup> El proyecto ha tenido gran aceptación y eficacia: al contrarrestar las ideas preconcebidas negativas que muchas personas tienen sobre el VIH, el proyecto está reduciendo

el estigma relacionado con el VIH y ayuda a los hombres a apreciar los beneficios de iniciar y continuar con el tratamiento contra el VIH.

“Llamé al número del cartel [Coach Mpilo] y dos días después conocí a un mentor”, cuenta un joven del distrito de Ugu en la provincia de KwaZulu-Natal. “No podía creer que un hombre pudiera vivir tan abiertamente con el VIH y verse tan bien”.

La aceptación del tratamiento fue del 94% de los hombres recién diagnosticados y, después de siete meses, el 95% de los participantes estaban aún en tratamiento contra el VIH. Aproximadamente uno de cada seis (16%) participantes interrumpió el tratamiento al menos una vez, pero, fundamentalmente, más del 80% de los que interrumpieron la terapia antirretroviral volvieron al tratamiento al final del proyecto piloto (22).

Muchos participantes entrevistados al final del proyecto piloto dijeron que las actitudes familiares y comunitarias sobre el VIH habían cambiado a través de sus interacciones con los mentores.

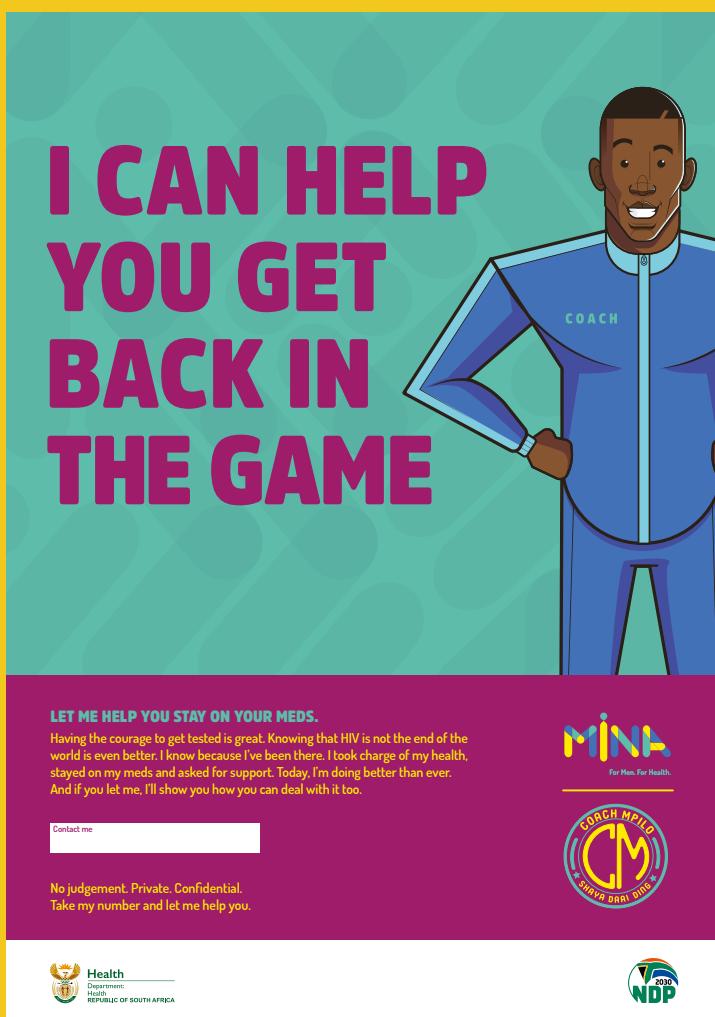
Los trabajadores de la salud también reconocen el valor de la franqueza y la confianza que este tipo de enfoque puede evocar. “Cuando veo a un mentor hablando con un hombre, sé que le está diciendo cosas que es imposible que digamos”, explica una enfermera, también del distrito de Ugu. “Escuchan al mentor y responden...tal vez tengamos que cambiar la manera en la que le hablamos a los hombres”.

En particular, estos resultados se lograron durante la pandemia de COVID-19. Cuando el contacto en persona se hizo imposible, los mentores continuaron en contacto con los participantes a través de llamadas telefónicas y chats vía WhatsApp. Los mentores se dieron cuenta que vincular el apoyo al tratamiento del VIH con una orientación práctica y segura durante la pandemia ofrecía a los hombres una motivación más tangible que los objetivos abstractos de “viva más” o “mejores resultados

<sup>3</sup> PSI y Matchboxology llevaron a cabo el proyecto piloto del modelo con socios en la implementación como Broadreach Healthcare, Right to Care y el Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica.

de salud". Esto los llevó a ampliar su enfoque al ayudar a los hombres a permanecer saludables en general y ayudar con la educación y detección de COVID-19. Consignas como "Asegúrese de tomar su Impilo [tratamiento] para aumentar su inmunidad". toque un acorde (23).

El modelo de Coach Mpilo está siendo implementado de forma amplia por PEPFAR en Sudáfrica como parte de la campaña "MINA. For Men. For Health", implementada por PEPFAR y el Departamento Nacional de Salud de Sudáfrica.<sup>4</sup>



Póster de sensibilización sobre el proyecto de apoyo de Coach Mpilo que se muestra en las clínicas.  
Crédito: PSI Sudáfrica

<sup>4</sup> MINA opera en más de 360 instalaciones en todo el país. Incluye una campaña en los medios de comunicación que ha alcanzado a más de 20 millones de usuarios en las redes sociales y hasta el 74% de la principal población objetivo de hombres de 25 a 39 años de edad en la radio. Una visión general de la campaña MINA está disponible en <https://menstarcoalition.org/lost-to-follow-up/mina-for-men-for-health/>.

## Caso de Estudio

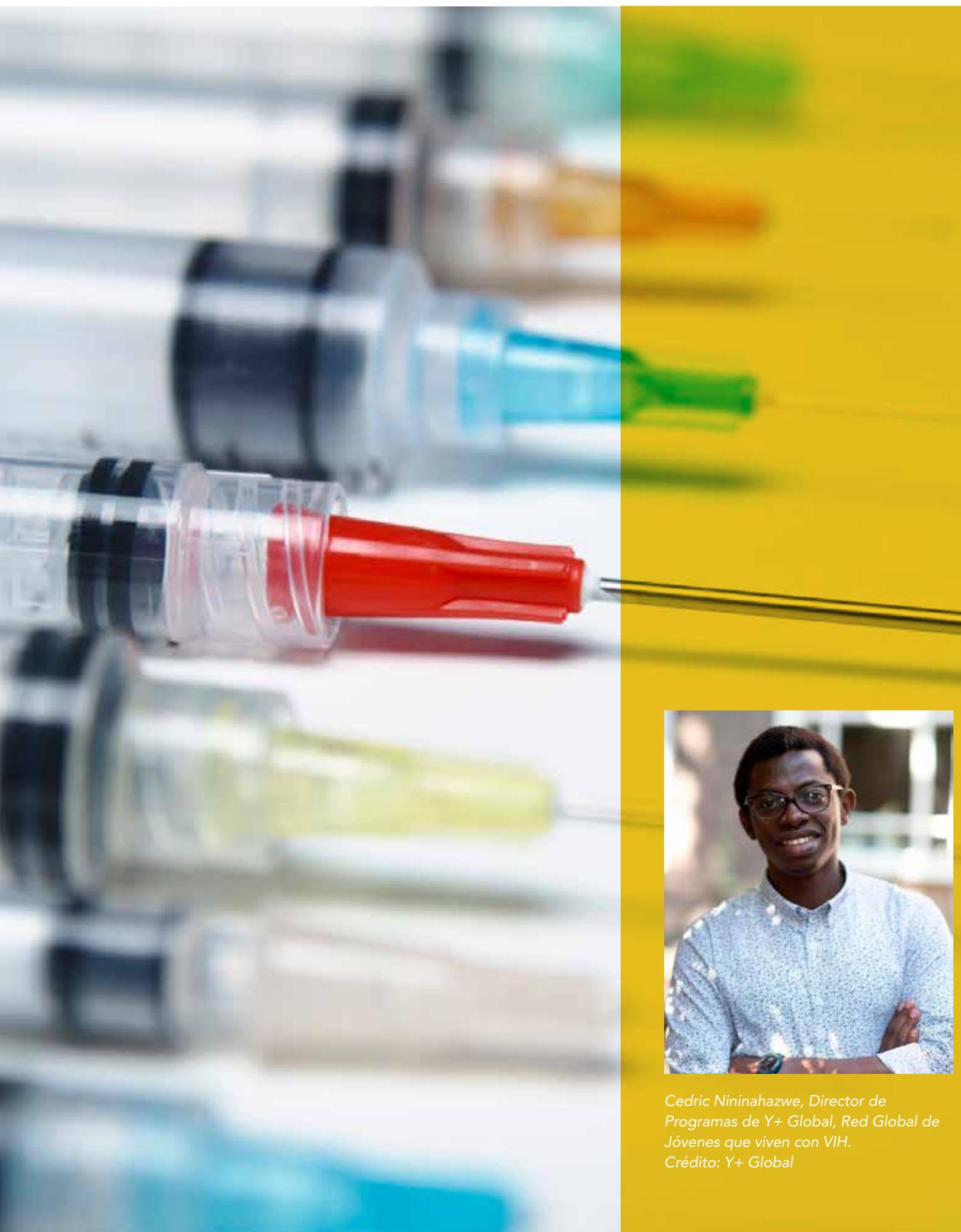
# LOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA OFRECEN UNA NUEVA OPCIÓN DE TRATAMIENTO

Los medicamentos inyectables de acción prolongada para su uso como terapia antirretroviral son un nuevo y emocionante desarrollo que puede ayudar a facilitar a las personas que viven con VIH mantener la supresión de la carga viral y mantenerse saludables. En lugar de tomar las píldoras por vía oral diariamente, la persona recibiría inyecciones cada uno o dos meses, dependiendo del régimen.

Los resultados de múltiples estudios clínicos—ATLAS, FLAIR y ATLAS-2M—indican que las versiones inyectables de los antirretrovirales cabotegravir y rilpivirina son eficaces y tienen un perfil de seguridad aceptable cuando se usan como régimen doble. Los resultados de los ensayos de fase 3 de ATLAS y FLAIR mostraron que las versiones inyectables (dosificadas mensualmente o cada dos meses) fueron tan eficaces al mantener la supresión de la carga viral como los regímenes orales diarios de tres fármacos durante un período de estudio de 96 semanas, con una tasa muy baja de fracaso virológico (24, 25).

El ensayo de fase 3b ATLAS-2M demostró que la administración de cabotegravir y rilpivirina inyectables cada dos meses suprime el VIH así como las inyecciones mensuales. Para ambos regímenes, el 94% de los participantes en el estudio continuaron teniendo cargas virales indetectables después de 48 semanas, según datos reportados en el 2020 (26). Los datos recientemente obtenidos de ATLAS-2M sugieren que la eficacia se mantiene durante períodos aún más extensos: después de dos años, el 90% de los participantes en el grupo de una vez al mes y el 91% de aquellos en el grupo de cada dos meses mantuvo la supresión viral (27).

Los regímenes inyectables fueron generalmente bien tolerados, con reacciones en el sitio de la inyección, el cual fue el efecto secundario más comúnmente experimentado. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprobó la dosis mensual de cabotegravir y rilpivirina, y la Agencia Europea de Medicamentos y las autoridades reguladoras de Canadá y Australia aprobaron la dosis mensual y la de cada dos meses.



*Cedric Nininahazwe, Director de  
Programas de Y+ Global, Red Global de  
Jóvenes que viven con VIH.  
Crédito: Y+ Global*

## ¿QUÉ SIGNIFICA ESTO PARA EL TRATAMIENTO DEL VIH?

Los medicamentos antirretrovirales inyectables de acción prolongada son una alternativa atractiva para el gran número de personas que viven con VIH y que luchan por adherirse a los regímenes diarios basados en píldoras (28).

“Es realmente estupendo tener opciones que faciliten la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, supriman la carga viral. Me imagino no tener que pensar en olvidar mis dosis diarias: eso sería un gran alivio”, comenta Cedric Nininahazwe, Director de Programas en Y+ Global, una red de jóvenes que viven con VIH.

Esto también podría tener importantes beneficios a nivel de la población. Un reciente análisis de modelos exploró los efectos potenciales del cabotegravir y la rilpivirina inyectables en el África subsahariana. El análisis encontró que la introducción de los regímenes de acción prolongada junto con el uso continuo de regímenes orales basados en dolutegravir incrementaría las opciones y ayudaría a aumentar la proporción de personas con VIH en tratamiento, aumentaría la supresión de la carga viral y reduciría la mortalidad relacionada con el sida (28). El estudio de modelo encontró que la implementación de regímenes de acción prolongada para personas con cargas virales altas ( $> 1000$  copias por ml) en África subsahariana sería rentable si tuviera un precio de 120 dólares estadounidenses por persona al año (29). Si su uso fuera más extenso, es poco probable que los inyectables de acción prolongada sean rentables a menos que los precios sean considerablemente más bajos (29).

Tanto los pacientes como los proveedores de atención médica muestran un gran interés en los medicamentos contra el VIH de acción prolongada (30, 31). Sin embargo, puede haber algunos desafíos de implementación. Los regímenes requerirán visitas más frecuentes a los centros de salud (una vez cada uno o dos meses) en comparación con los regímenes antirretrovirales

orales (en el cual las personas que reciben un tratamiento estable contra el VIH generalmente sólo necesitan visitar a un médico una vez cada tres a seis meses). Esto puede ser un problema en entornos en donde los pacientes incurren en altos costos financieros o de tiempo para el transporte y estar lejos del trabajo o de la familia, y aumenta el número de pacientes que asisten a los centros de salud. Las visitas más frecuentes también pueden crear nuevos retos de privacidad y confidencialidad.

También es importante la adherencia con el programa de dosificación (32, 33). Cuando esto sea un desafío (por ejemplo, para las personas que viajan frecuentemente, las que tienen muchas obligaciones de cuidado familiar o cuando se interrumpen los servicios de atención médica, como durante la pandemia de COVID-19), cabotegravir oral más rilpivirina oral se pueden utilizar como un puente entre las visitas para las inyecciones durante breves períodos de hasta dos ciclos de inyección (34).

Mientras tanto, se están desarrollando otros medicamentos antirretrovirales inyectables e implantables. Estos incluyen lenacapavir, un inhibidor experimental de la cápside del VIH, que interfiere con múltiples etapas del ciclo de vida del VIH. Un primer estudio en el que se proporcionó lenacapavir más medicamentos orales a personas con mucha experiencia en el tratamiento con virus multirresistente a los medicamentos ha mostrado resultados positivos

(35). Los ensayos futuros pueden vincular el lenacapavir (que se puede administrar como inyección cada seis meses) con el islatravir (para el cual se está desarrollando un implante que dura 12 meses) (36, 37).

“Las opciones de tratamiento nuevas y mejoradas son bienvenidas, pero junto con ellas, debemos invertir para encontrar la vacuna y garantizar el acceso [a medicamentos antirretrovirales] para todas las personas que viven con VIH”, enfatiza el Sr. Nininahazwe

## Referencias

1. Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa versión 4.4: un modelo para evaluar el impacto del VIH/SIDA en Sudáfrica. 2021 (<https://www.thembisa.org/>).
2. Recomendaciones actualizadas sobre la prestación de servicios para el tratamiento y la atención de las personas que viven con VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
3. Blind spot (Punto ciego)—para llegar a los niños varones y hombres. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
4. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Instituciones de salud con género: examinando la organización de los servicios de salud y el uso de las pruebas de VIH por parte de los hombres en Malawi. *J Int AIDS Soc.* 2020;23:e25517.
5. Cornell M, Majola M, Johnson LF, Dubula-Majola V. Servicios de VIH en el África subsahariana: la mayor brecha son los hombres. *Lancet.* 2021;397(10290):2130-2.
6. Tanser FC, Kim HY, Mathenjwa T, Shahmanesh M, Seeley J, Matthews P et al. Intervención domiciliaria para realizar pruebas e iniciar (HITS): un ensayo controlado aleatorio comunitario para aumentar la adopción de las pruebas del VIH entre los hombres de las zonas rurales de Sudáfrica. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(2):e25665.
7. Dovel K, Shaba F, Offorjebe OA, Balakasi K, Myirenda M, Phiri K et al. Efecto de las autopuebas del VIH basadas en las instalaciones sobre la adopción de pruebas entre pacientes ambulatorios en Malawi: Un ensayo aleatorio por grupos. *Lancet Glob Health.* 2020;8:e276-e287.
8. Encuesta de Vigilancia Sanitaria de Sudáfrica, 2018.
9. Estimaciones del VIH en el Distrito de Sudáfrica, 2017 (<https://www.hivdata.org.za/>).
10. Informe mundial sobre la tuberculosis 2020. Ginebra: OMS; 2020.
11. Informe de estimaciones y proyecciones del VIH de Suazilandia. Mbabane: Ministerio de Salud [Suazilandia]; 2020.
12. Kitchen PJ, Bärnighausen K, Dube L, Mnisi Z, Dlamini-Nqeketo S, Johnson CC et al. Expansión de las pruebas del VIH en Suazilandia: Perspectivas de las partes interesadas para alcanzar los primeros 90. *Afr J AIDS Res.* 2020;19(3):186-97.
13. ONUSIDA PCB aprende sobre la respuesta al VIH en Suazilandia. En: [unaids.org \[Internet\]. 28 de noviembre de 2017. Ginebra: ONUSIDA; c2021 \(\[https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/november/20171128\\\_PCB\\\_field\\\_visit\\\_swaziland\]\(https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/november/20171128\_PCB\_field\_visit\_swaziland\)\).](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/november/20171128_PCB_field_visit_swaziland)
14. Vanderwal E, Benserga W, Lukhele N. Maximizar los inicios del tratamiento antirretroviral en el mismo día (TAR) mediante la implementación de una prueba de VIH y un plan de aumento de la iniciación de TAR. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEE1576.
15. Mabuza K, Dlamini T. Historia de la epidemia y la respuesta al VIH en Suazilandia. *Afr J AIDS Res.* 2017;16(4):v-ix.
16. Hughey A, Tailor J, Hetterna A, Rabkin M, Preko P, Kuwengwa R et al. Perspectivas de los trabajadores de la salud sobre los volúmenes y la carga de trabajo de los clientes con modelos diferenciados de prestación de servicios en el Reino de Suazilandia. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen OAE0405.
17. Hlungwani O, Mkhashwa H. El valor de la asociación con los centros de salud para mejorar la adherencia al TAR de los adolescentes que viven con VIH en el Proyecto Triple R. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEE1474.
18. Preko P, Shongwe S, Abebe A, Vandy AO, Aly D, Boraud F et al. Adaptación rápida del diseño de programas de prestación de servicios diferenciados por VIH en respuesta a COVID-19: Resultados de 14 países del África subsahariana. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE44.
19. Portal de información sobre COVID-19 de ONUSIDA, 2020.
20. Johnson LF, Dorrington RE. Thembisa versión 4.4: Un modelo para evaluar el impacto del VIH/SIDA en Sudáfrica. 2021 (<https://www.thembisa.org/>).
21. Presentación en PowerPoint (psi.org).
22. Malone ST, Hlongwa M, Little K, Levy M, Clutton L et al. Coach Mpilo: una intervención de apoyo para mejorar la vinculación y retención de TAR de los hombres. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6-10 de marzo de 2021 [Virtual]. Resumen 756.

23. Malone S. Peer Power: Involucrar a los hombres con VIH para llegar a los hombres con VIH. En: psi.org [Internet]. 23 de junio de 2020. Washington (DC): PSI; c2021 (<https://www.psi.org/2020/06/coach-mpilo/>).
24. Orkin C, Molina J, Yazdanpanah Y, Chahin Anania C, DeJesus E, Eron J et al. Análisis de la falla virológica definida por el protocolo a través de 96 semanas de un ensayo de fase II (P011) de islatavir y doravirina en adultos sin tratamiento con VIH-1. VIH Glasgow 2020, 5–8 de octubre de 2020. Resumen P047.
25. Swindell S, Lutz T, Van Zyl L, Porteiro N, Benn P, Huang J et al. Cabotegravir + rilpivirina de acción prolongada como terapia de mantenimiento del VIH-1: Resultados de Semana 96 ATLAS. VIH Glasgow 2020, 5–8 de octubre de 2020. Resumen P006.
26. Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Jaeger H, Orrell C, Nagimova F et al. Cabotegravir de acción prolongada y rilpivirina dosificados cada 2 meses en adultos con infección por VIH-1 (ATLAS-2M), resultados de 48 semanas: Estudio aleatorio, multicéntrico, abierto, Fase 3b, no inferior. *Lancet*. 2021;396(10267):1994-2005.
27. Jaeger H, Overton ET, Richmond G, Rizzardini G, Andrade-Villanueva JF, Mngqibisa R et al. Semana 96: eficacia y seguridad de cabotegravir + rilpivirina cada 2 meses: ATLAS-2M. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 401.
28. Havlir D, Gandhi M. Desafíos de la implementación de antivirales de acción prolongada. *Curr Opin VIH SIDA*. 2015;10(4):282-9.
29. Phillips AN, Bansi-Matharu L, Cambiano V, Ehrenkranz P, Sernata C, Venter F et al. El papel potencial de cabotegravir–rilpivirina inyectable de acción prolongada en el tratamiento del VIH en el África subsahariana: Un análisis de modelos. *Lancet Globe Health*. 2021. Publicado en Internet el 23 de marzo de 2021.
30. Akinwunmi B, Buchenberger D, Scherzer J, Bode M, Rizzini P, Vecchio F et al. Factores asociados con el interés en un régimen de VIH de larga duración: perspectivas de las personas que viven con VIH y de los médicos en Europa occidental. VIH Glasgow 2020, 5–8 de octubre de 2020. Resumen P014.
31. Kerrigan D, Murray M, Sanchez Karver T, Mantsios A, Walters N, Hudson K et al. Viabilidad de implementar terapia antirretroviral inyectable de acción prolongada para tratar el VIH: Una encuesta de proveedores de salud de los 13 países participantes en el ensayo ATLAS-2M. 23 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen PEB0260.
32. Han K, Baker M, Spreen WR, Ford SL. Simulación de Cabotegravir PPK para informar estrategias Q2M después de las interrupciones de dosificación. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 373.
33. Rossenu S, Neyens M, Van Solingen-Ristea R, Baugh B, Crauwels H. Modelado POPPK de Q2M IM RPV LA para el manejo de interrupciones de dosificación en pacientes VIH-1. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 403.
34. Czarnogorski M et al. Resumen del impacto relacionado con COVID en la dosificación de cabotegravir y rilpivirina de acción prolongada (CAB+RPV LA) en los seis ensayos clínicos en fase IIb y IIIb globales en curso. IDWeek, 21–25 de octubre de 2020. Resumen LB-8.
35. Segal-Maurer S, Castagna A, Berhe M, Richmond G, Ruane PJ, Sinclair GI et al. Actividad antiviral potente de lenacapavir en fase 2/3 en HPP con gran experiencia en ART. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 127.
36. Matthews RP, Zang X, Barrett S, Goodey A, Heimbach T, Weissler VL et al. Se proyecta que los implantes de próxima generación de islatravir proporcionen profilaxis anual contra el VIH. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 88.
37. Patel M, Zang X, Cao Y, Matthews ERP, Plank RM, Sklar P et al. Umbráles de farmacocinética de Islatravir y selección de dosis para la preparación oral mensual del VIH-1. Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 87.



## 03

## PONER FIN AL SIDA PEDIÁTRICO Y ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL

**L**os esfuerzos para eliminar la transmisión vertical del VIH a los niños en entornos con una alta carga de VIH han sido un logro significativo de la respuesta mundial al sida durante gran parte de la última década. Sin embargo, estos logros han restado importancia a una tragedia desgarradora: a medida que se amplían los programas de pruebas y tratamiento contra el VIH, los niños que viven con VIH a menudo se quedan atrás.

Las brechas en las pruebas de los lactantes y niños expuestos al VIH han dejado sin diagnosticar a más de dos quintas partes de la niñez que vive con VIH. Casi la mitad (46%) de los 1.7 millones de niños que viven con VIH en el mundo [1.2 millones–2.2 millones] no se beneficiaron de la terapia antirretroviral, y el número de niños que recibían tratamiento en todo el mundo ha disminuido desde el 2019. Casi dos terceras partes de estos niños tienen entre 5 y 14 años de edad, niños que a menudo no son conscientes de su estatus de VIH positivo hasta que sus sistemas inmunitarios se debilitan y se enferman. Las desigualdades pasadas en el acceso al servicio sigue afectando a estos niños mayores hoy en día. Encontrarlos, vincularlos al tratamiento y retenerlos en los cuidados de por vida es una prioridad para los próximos cinco años.

Las nuevas infecciones por VIH entre los niños disminuyeron en más de la mitad (53%) entre el 2010 y el 2020, debido principalmente al aumento de la provisión de la terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH. Sin embargo, ese impulso se ha desacelerado considerablemente, dejando brechas particularmente grandes en África occidental y central, que es el hogar de más de la mitad de las mujeres embarazadas que viven con VIH y que no están en tratamiento.

Un mayor progreso en solo unos pocos países tendrá un impacto importante en el impulso para eliminar las nuevas infecciones por VIH en la infancia. La mitad de las nuevas infecciones infantiles en todo el mundo se producen en solo siete países: Nigeria (14% del total mundial), Mozambique y Sudáfrica (8% cada uno), la República Unida de Tanzania (7%), la República Democrática del Congo (6 %), Zambia (5%) y Uganda (3%). Sin embargo, sus programas de transmisión vertical están dando diferentes resultados sorprendentes: Sudáfrica y Uganda redujeron el número anual de niños que contraen el VIH en más del 70% en el 2010-2020, mientras que Nigeria redujo las infecciones verticales en solo un 15%.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021

- Eliminar la transmisión vertical de las infecciones por VIH y poner fin al sida pediátrico.
- Asegurar que todos los niños diagnosticados con VIH reciban tratamiento optimizado para sus necesidades.
- Asegurar que el 75% de todos los niños que viven con VIH hayan suprimido las cargas virales en el 2023 y un 86% en el 2025, de acuerdo con los objetivos de tratamiento del VIH 95–95–95.
- Asegurar que el 95% de las mujeres embarazadas tengan acceso a pruebas para detectar el VIH, la sífilis, la hepatitis B y otras infecciones de transmisión sexual.
- Asegurar que el 95% de las mujeres embarazadas y lactantes en entornos con una elevada carga de VIH tengan acceso a repetición de la prueba durante el final del embarazo y el período posterior al parto.
- Asegurarse de que todas las mujeres embarazadas y lactantes que viven con VIH estén recibiendo terapia antirretroviral de por vida, con un 95% que logra y mantiene la supresión viral antes del parto y durante la lactancia.
- Asegurar que todas las mujeres embarazadas y lactantes con VIH negativo en entornos con una carga elevada de VIH o que tengan parejas masculinas con un alto riesgo de contraer VIH en todos los entornos tengan acceso a la prevención combinada, incluyendo PREP, y que el 90% de sus parejas masculinas que viven con VIH estén recibiendo terapia antirretroviral de forma continua.
- Asegurar de que el 95% de los niños expuestos al VIH se les realice la prueba a los dos meses de edad y después del cese de la lactancia.

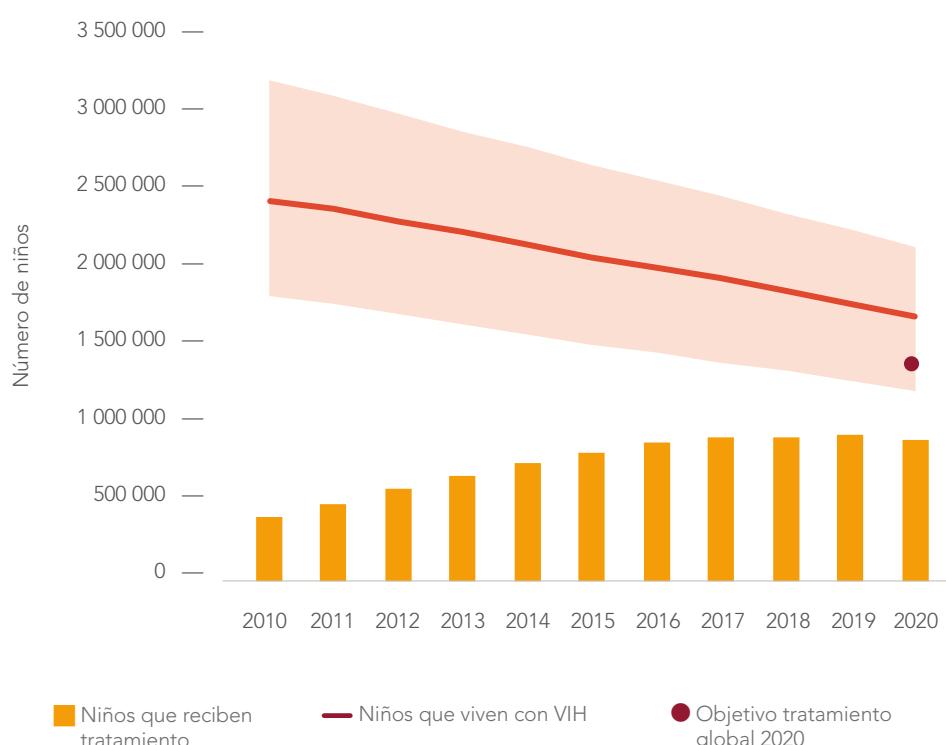
# DATOS SOBRE EL VIH

## Menos niños en tratamiento

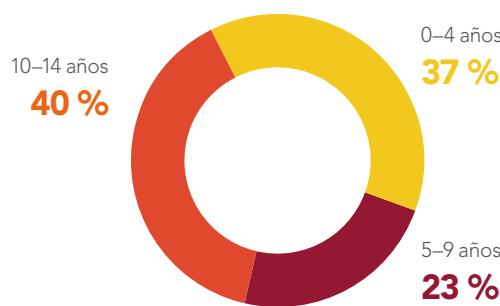
El número de niños que reciben la terapia antirretroviral disminuyó en el 2020, dejando a casi 800 000 niños (0 a 14 años) que viven con VIH sin recibir un tratamiento que les salve la vida (Figura 3.1). Casi dos tercios (63%) de esos niños tenían 5 años o más (Figura 3.2). Detectar niños mayores y adolescentes no diagnosticados requiere una expansión de las autopuebas y del índice basado en los derechos, pruebas familiares y domiciliarias.

La cobertura de tratamiento entre los niños que viven con VIH (0 a 14 años) sigue siendo mucho menor que entre las personas adultas (15 años o más): 54% [37–69%] versus 74% [57–90%] en el 2020 (Figura 3.3). Los resultados de salud de los niños que reciben tratamiento contra el VIH también son peores que los de los adultos, en parte debido a que los medicamentos pediátricos contra el VIH no son óptimos y los desafíos para mantener a los niños bajo cuidado. Apenas el 40% [29–51%] de los niños que viven con VIH fueron viralmente suprimidos en el 2020. Los niños que viven con VIH requieren tratamiento, atención y protección social continua lo cual ha demostrado mejorar los resultados de salud a medida que crecen y progresan desde la juventud hasta la edad adulta.

**FIGURA 3.1 | NÚMERO DE NIÑOS QUE VIVEN CON VIH Y QUE RECIBEN TERAPIA ANTRIRRETROVIRAL, MUNDIAL, 2010–2020**



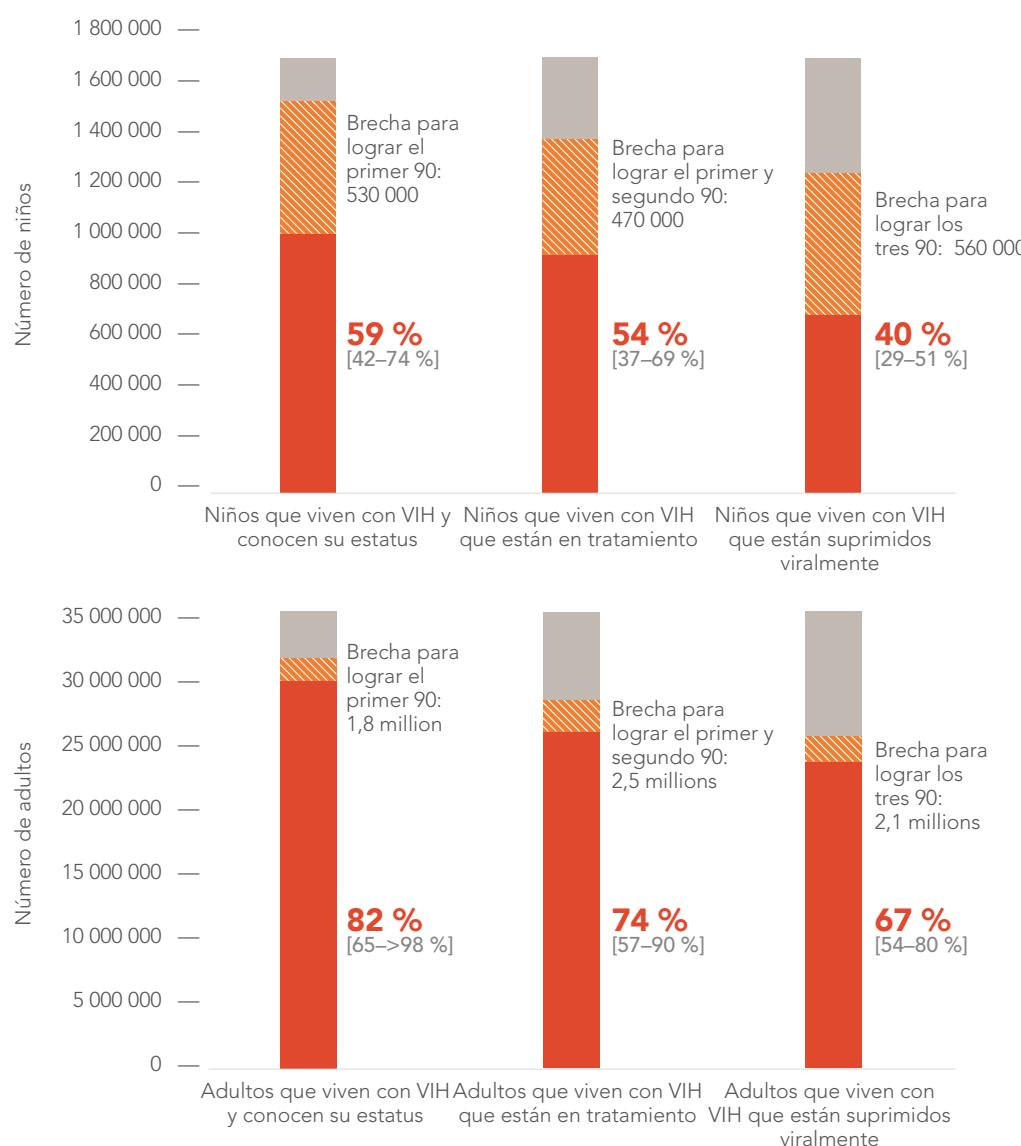
**FIGURA 3.2 | NIÑOS QUE VIVEN CON VIH QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO, POR GRUPO DE EDAD, 2020**



Casi dos tercios de los niños que viven con VIH que no reciben tratamiento tenían 5 años o más.

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**FIGURA 3.3 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), MUNDIAL, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

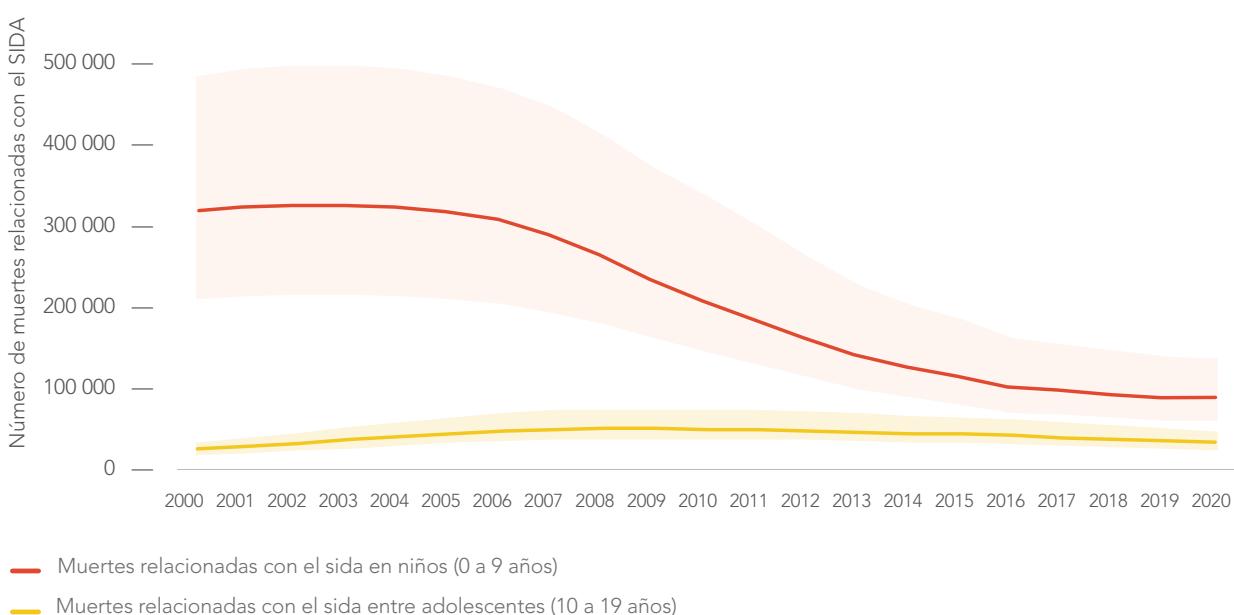
## DATOS SOBRE EL VIH

### Lentos progresos en las muertes relacionadas con el sida entre adolescentes

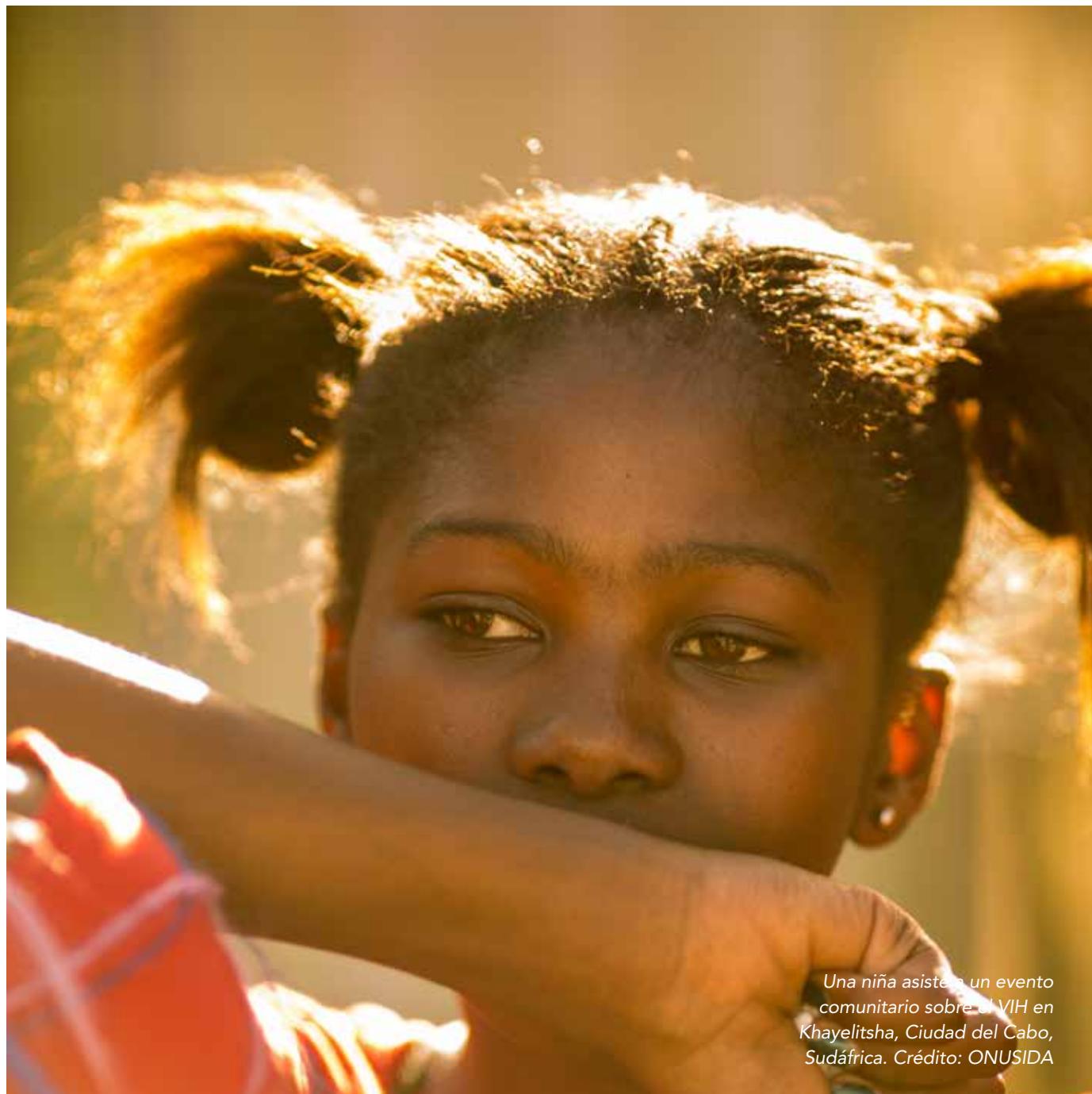
Las grandes brechas en la cobertura de los servicios para prevenir la transmisión vertical y diagnosticar recién nacidos en los últimos años, y las desigualdades actuales en las pruebas y el tratamiento contra el VIH para los niños mayores que viven con VIH, están impulsando tendencias anuales en la mortalidad relacionada con el sida. Las reducciones en las muertes relacionadas con el sida entre niños y adolescentes son más pronunciadas entre los niños de 0 a 9 años (una disminución del 60% desde el 2010), lo que refleja tanto la mejora en los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones verticales como los esfuerzos para diagnosticar y tratar a los niños en los meses posteriores al parto y durante la lactancia. Entre adolescentes (10 a 19 años), el progreso es más lento, y las muertes relacionadas con el sida disminuyeron solo un 37% durante el mismo período.

El desafío más grande del tratamiento pediátrico es detectar de forma rápida a los niños que viven con VIH que no fueron detectados al nacer o durante la lactancia y vincularlos a la atención. La ampliación del índice basado en los derechos, las pruebas familiares y domiciliarias y las autopruebas, y la integración de la detección del VIH con otros servicios de salud infantil, pueden ayudar a cerrar esta brecha.

FIGURA 3.4 | MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA EN NIÑOS (0 A 9 AÑOS) Y ADOLESCENTES (10 A 19 AÑOS), MUNDIAL, 2000 A 2020



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).



*Una niña asiste a un evento comunitario sobre el VIH en Khayelitsha, Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Crédito: ONUSIDA*

El mayor desafío del tratamiento pediátrico es detectar rápidamente a los niños que viven con VIH que no recibieron tratamiento al nacer o durante la lactancia y vincularlos a la atención médica.

# DATOS SOBRE EL VIH

## Grandes brechas en África occidental y central

La reducción de las nuevas infecciones por VIH entre los niños sigue siendo uno de los logros más importantes de la respuesta mundial al sida: los programas para eliminar la transmisión vertical del VIH a los niños han evitado aproximadamente 2.6 millones [1.8 millones – 4.2 millones] de infecciones por VIH en niños desde el 2001.

Se estima que el 85% [63–98%] de las mujeres embarazadas que viven con VIH en todo el mundo estaban recibiendo terapia antirretroviral en el 2020 para prevenir la transmisión vertical y proteger su salud. La expansión global de estos servicios desde el 2015 ha sido poca (Figura 3.5), y las brechas en la cobertura continúan siendo grandes en muchos países de África occidental y central. Casi una cuarta parte (24%) de las mujeres embarazadas con VIH que no reciben terapia antirretroviral se encuentran en un país, Nigeria, y otro 33% vive en otras partes de África occidental y central (Figura 3.6).

Los sistemas de salud pública deficientes, la imposición constante de tarifas a los usuarios por servicios básicos de salud y el estigma y la discriminación persistentes (incluyendo el auto estigma), especialmente hacia las poblaciones claves, se encuentran entre los principales obstáculos que enfrentan estas mujeres. Las prioridades inmediatas incluyen mejoras al entorno legal y político, la eliminación de tarifas de usuario, la capacitación contra el estigma y la discriminación para los trabajadores de la salud (especialmente en las clínicas de cuidado prenatal), la integración de los servicios para el VIH, la salud materna, neonatal, infantil y adolescente, la ampliación de soluciones digitales sanitarias y otras tecnologías innovadoras (como pruebas en el punto de atención y pruebas para el VIH y la sífilis), participación comunitaria y formas diferenciadas de brindar servicios a las mujeres embarazadas dentro de las poblaciones claves y otros grupos de difícil acceso. Las rápidas mejoras en África occidental y central, especialmente en Nigeria, pueden tener un gran impacto en el impulso global para eliminar la transmisión vertical del VIH.

*Las mujeres reciben información sobre la transmisión vertical del VIH en la región de Zogbodomey-Bohicon-Zakpota de Benín.  
Crédito: ONUSIDA*

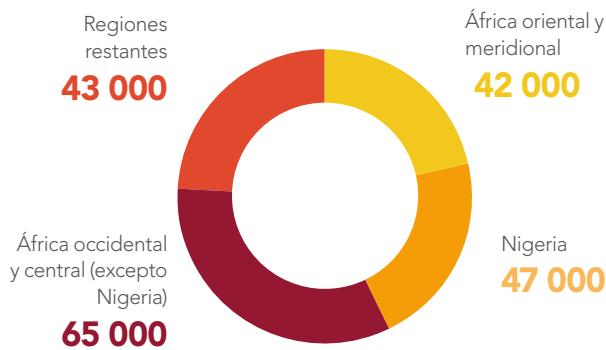


**FIGURA 3.5 | NUEVAS INFECCIONES POR VIH ENTRE LOS NIÑOS Y LA COBERTURA ANTIRRETRIVIRAL ENTRE MUJERES EMBARAZADAS, MUNDIAL, OBJETIVO 2020, 2010–2020**



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

**FIGURA 3.6 | DISTRIBUCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN CON VIH QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO, POR REGIÓN, 2020**



Casi una cuarta parte de las mujeres embarazadas con VIH que no reciben tratamiento están en Nigeria y un 33% adicional vive en otras partes de África occidental y central.

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

## DATOS SOBRE EL VIH

### Identificación y resolución de las brechas en el servicio

La eliminación de la transmisión vertical del VIH requiere mejoras en distintas áreas. Los servicios integrados de atención prenatal y VIH deben ser asequibles, accesibles, acogedores y adecuados, especialmente para las adolescentes y mujeres que son estigmatizadas, marginadas y discriminadas. A lo largo de los esfuerzos continuos de brindar servicios a las mujeres mientras planifican sus familias y pasan a través del embarazo, parto y la lactancia, los programas deben mejorar en la búsqueda de mujeres que contraen el VIH y brindarles rápidamente la terapia antirretroviral para que logren la supresión viral.

Cada una de las 150 000 [100 000–240 000] nuevas infecciones por VIH entre los niños en el 2020 podrían haberse evitado. Un buen comienzo sería involucrar mejor a las mujeres y niñas con un riesgo significativo de contraer la infección por VIH en la atención prenatal integrada y los servicios de detección del VIH, incluyendo la prevención y las pruebas del VIH, que se brindan a nivel local, y garantizar que las personas seropositivas reciban tratamiento antes del embarazo. Casi 65 000 infecciones infantiles ocurrieron en el 2020 porque las mujeres que ya vivían con el VIH no fueron diagnosticadas durante el embarazo y no iniciaron el tratamiento.

Se produjeron más de 35 000 transmisiones verticales adicionales entre mujeres que contrajeron el VIH durante el embarazo y la lactancia. Las mujeres con un riesgo sustancial de infección por VIH requieren una combinación de la prevención del VIH a la medida, incluyendo la profilaxis previa a la exposición (PrEP), asesoramiento integral, la repetición de la prueba del VIH y el suministro de kits de autoprueba para las parejas.

Se produjeron más de 38 000 infecciones infantiles adicionales cuando las madres que iniciaron la terapia antirretroviral no continuaron el tratamiento durante el embarazo y la lactancia, y casi 14 000 ocurrieron entre mujeres que estaban en tratamiento pero no con supresión viral. Mejorar la calidad del

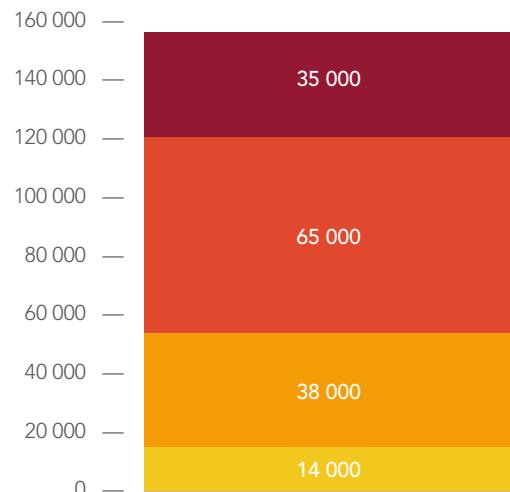


Los servicios para prevenir la transmisión vertical producirán resultados más contundentes si se combinan con la protección social y otras intervenciones que abordan las barreras socioeconómicas y estructurales.

tratamiento y la atención, incluyendo el uso de regímenes de tratamiento optimizados y los esfuerzos de retención asistidos por pares (como las madres mentoras), puede ayudar a cerrar estas brechas.

Es más probable que estas mejoras produzcan los resultados deseados si se combinan con la protección social y otras intervenciones que abordan los factores socioeconómicos y estructurales que dificultan que las mujeres, especialmente las que pertenecen a poblaciones claves, accedan y continúen recibiendo en servicios. Estos factores incluyen dinámicas de poder y normas de género desiguales, violencia de género, pobreza, tarifas de uso y estigma y discriminación por parte de los trabajadores de la salud, los miembros de la familia y la comunidad.

**FIGURA 3.7 | NUEVAS INFECCIONES VERTICALES DE VIH POR CAUSA DE TRANSMISIÓN, MUNDIAL, 2020**



- La madre adquirió el VIH durante el embarazo o la lactancia
- La madre no recibió terapia antirretroviral durante el embarazo o la lactancia
- La madre no continuó con el tratamiento durante el embarazo o la lactancia
- La madre estaba en terapia antirretroviral, pero no fue suprimida viralmente

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

### Prevención de la transmisión vertical del VIH en las cárceles y otros entornos cerrados

En los entornos penitenciarios de muchos países, los servicios limitados de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, junto con el escaso acceso de las mujeres (y sus hijos) a la atención prenatal y posnatal, los servicios de trabajo de parto, plantean un serio desafío para prevenir la transmisión vertical del VIH. (1, 2). Esto hace que los bebés que nacen en las cárceles tengan un mayor riesgo de contraer el VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia.

En el 2020, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y ONUSIDA publicaron una guía técnica que proporciona un marco de procedimientos operativos estándar para garantizar la implementación de servicios para prevenir la transmisión vertical en las cárceles (3). Esta guía se está utilizando para ayudar a los países a proporcionar servicios de alta calidad sobre el VIH y la salud sexual y reproductiva en las cárceles con el objetivo de eliminar las nuevas infecciones por VIH, tuberculosis, hepatitis viral y sífilis entre las mujeres encarceladas y sus hijos.

## Caso de Estudio

# CÓMO SRI LANKA ELIMINÓ LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Sri Lanka se encuentra entre un número pequeño pero creciente de países que ha recibido la validación de la eliminación dual de la transmisión materno infantil (también conocida como transmisión vertical) del VIH y la sífilis congénita, un estatus que obtuvo oficialmente a fines de 2019. Sri Lanka es el cuarto país de Asia y el Pacífico en alcanzar la meta de eliminación, después de Malasia, Maldivas y Tailandia.

Según datos nacionales, no se diagnosticaron casos de transmisión vertical del VIH en niños en el 2017 y el 2018. Los casos de sífilis congénita no han superado 2 por cada 100 000 nacimientos vivos (mucho menos que los 50 por cada 100 000 nacimientos vivos necesarios para la certificación de eliminación) (4).

La validación de la eliminación “es el resultado de un fuerte compromiso político, un enfoque integrado multisectorial exitoso construido sobre los cimientos del sistema de salud pública y la experiencia técnica”, explica Anil Jasinghe, Director General de Servicios de Salud en Sri Lanka.

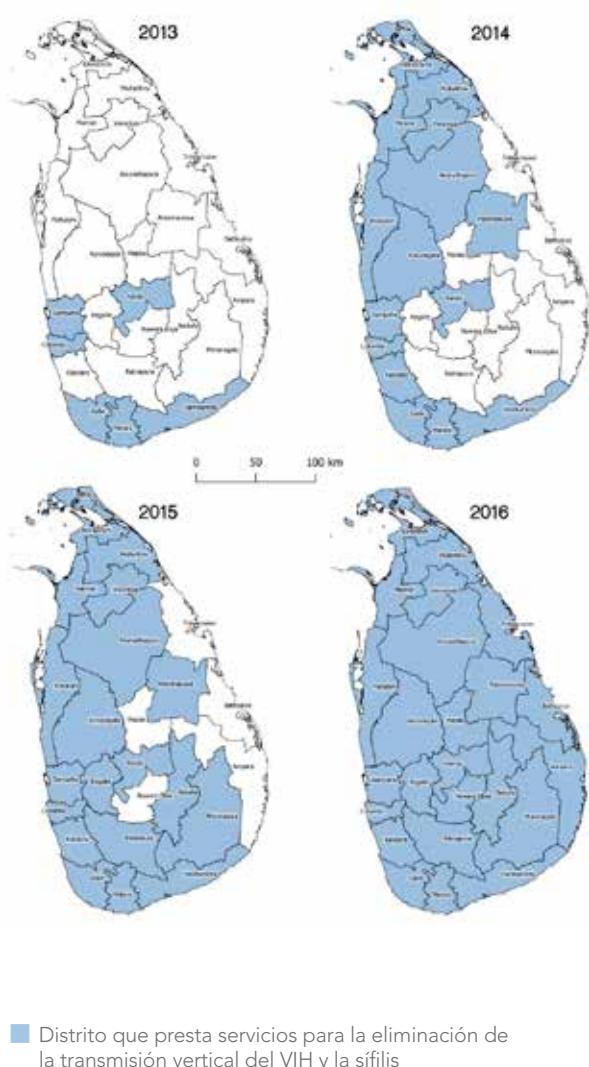
El Gobierno de Sri Lanka proporciona servicios gratuitos de salud a toda la ciudadanía, incluyendo los servicios de salud materno infantil, salud sexual y reproductiva y planificación familiar que se remontan a principios del siglo 20th (5). Sri Lanka lanzó su primer programa para prevenir la transmisión vertical de la sífilis en 1954, y adoptó su objetivo de eliminación en el 2009. El programa para prevenir la transmisión vertical del VIH inició en el 2002, pero se limitó a unas pocas unidades de maternidad hasta el 2012 (6).

Un gran paso adelante fue la decisión de 2013 de combinar los dos programas en un esfuerzo único para la doble eliminación del VIH y la sífilis, y ofrecer a todas las mujeres embarazadas servicios de pruebas de VIH y sífilis, información sobre prevención y, cuando sea apropiado, tratamiento. Se llevaron a cabo reuniones de promoción en distritos con una carga elevada y se adaptaron protocolos y capacitación para que los servicios combinados fueran una parte integral de las tareas de las personas trabajadoras de la salud que prestan servicios de detección y atención de infecciones de transmisión sexual y de salud materno infantil. El programa se puso en marcha por etapas hasta que se logró la cobertura nacional en el 2016.



*Materiales informativos que se distribuyen para mujeres embarazadas en Sri Lanka.*  
Crédito: ONUSIDA

**FIGURA 3.8 | AMPLIACIÓN DEL PROGRAMA DE SRI LANKA PARA ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y LA SÍFILIS, 2013–2016**



Fuente: Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis: Informe nacional de validación, Sri Lanka 2019. Colombo - Ministerio de Salud [Sri Lanka]; 2019.

La participación de organizaciones de personas que viven con VIH y poblaciones claves ha ayudado a garantizar que los servicios lleguen a áreas remotas y comunidades marginadas, como los trabajadores sexuales. Tres organizaciones de personas que viven con VIH trabajaron en estrecha colaboración con el Programa Nacional de Control de ETS / SIDA para facilitar los servicios de atención del VIH, y también participan como miembros del Consejo Nacional del SIDA y el subcomité de atención del VIH.

Debido a que ya se había implementado una gran cantidad de infraestructura, instalaciones y procesos, solo se tuvieron que adicionar algunas mejoras al sistema existente. Se capacitó a los trabajadores de la salud en enfoques de pruebas y asesoramiento voluntarios, se adaptaron las instalaciones de laboratorio para hacer frente a la creciente demanda de pruebas del VIH, incluyendo la adquisición de máquinas ELISA con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, y se reforzaron los sistemas de referencia.

El Ministerio de Salud le dio una alta prioridad al esfuerzo de eliminación. Asignó los recursos adecuados, un coordinador, involucró a las partes interesadas claves y revisó con frecuencia los datos del programa para evaluar el progreso. Se desarrollaron servicios para poblaciones claves y otras poblaciones vulnerables, mientras que la población en general tuvo fácil acceso a una variedad de servicios preventivos. Todos estos servicios fueron proporcionados de forma gratuita por el gobierno. UNICEF apoyó la capacitación y las mejoras de la calidad, mientras que la OMS brindó apoyo técnico (6).

El programa de eliminación tomó tres años en pasar de la fase piloto a la cobertura nacional (Figura 3.8).



*Carteles informativos colocados en la entrada de la clínica de salud materno infantil de Ratmalana en el distrito de Colombo, Sri Lanka.*

Crédito: ONUSIDA

Los datos de la encuesta de los hogares indican que casi todos los recién nacidos nacieron en establecimientos de salud en el 2016, que la cobertura de detección de sífilis entre las mujeres embarazadas aumentó del 60% en el 2012 al 99% en el 2018, y la cobertura de las pruebas del VIH aumentó del 5.6% al 96% durante el mismo período (7, 8). La tasa de transmisión vertical de ambas enfermedades se redujo muy por debajo de los objetivos mundiales de eliminación (Tabla 3.1).

El programa de eliminación de Sri Lanka ha

cambiado muchas vidas para mejor, incluyendo la de Rose (nombre ficticio), una madre que vive con VIH, y su bebé. "Estaba tan frustrada e indefensa al inicio, y sentí ganas de renunciar a todo", recuerda. "Entonces me di cuenta [de que] la clínica de enfermedades de transmisión sexual y el personal de salud materno infantil están genuinamente interesados en mi bienestar, así como en el de mi bebé. Toda la felicidad que experimento hoy es gracias a ellos. Son como una familia para mí; por eso los llamo en todas las ocasiones especiales, incluyendo el cumpleaños de mi bebé."

**TABLA 3.1 | COBERTURA DE SERVICIOS E IMPACTO DEL PROGRAMA DE SRI LANKA PARA ELIMINAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y LA SÍFILIS, 2017 Y 2018**

<b>Indicadores de Impacto</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Tasa de transmisión vertical del VIH	0 %	0 %
Tasa anual de nuevas infecciones pediátricas por VIH por cada 100 000 nacimientos vivos	0	0
Tasa anual de sífilis congénita por cada 100 000 nacimientos vivos	1.5	1.5
<b>Indicadores de Proceso</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Cobertura de atención prenatal	97,5 %	96,4 %
Cobertura de pruebas de VIH en mujeres embarazadas	95,2 %	95,9 %
Cobertura de pruebas de sífilis en mujeres embarazadas	96,9 %	99,3 %
Cobertura de terapia antirretroviral en mujeres embarazadas VIH positivas	100 %	100 %
Cobertura de tratamiento en mujeres embarazadas positivas a sífilis	100 %	97,2 %

Fuente: Rajapaksa L, Weerasinghe G, Manathunge A, Elwitigala J, Nilaweera I, Kasturiaratchi K et al. Eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH y la sífilis en Sri Lanka; confirma la OMS. Sri Lanka Journal of Sexual Health and HIV Medicine. 2019;5:5-12.

## Caso de Estudio

# TODO EN LA FAMILIA: USO DE PRUEBAS ÍNDICE DEL VIH PARA DETECTAR A NIÑOS QUE VIVEN CON VIH EN ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL

El tratamiento de los niños que viven con VIH sigue siendo un punto débil en la respuesta mundial al VIH, especialmente en África occidental y central. La cobertura de tratamiento pediátrico contra el VIH en la región se encuentra entre las más bajas del mundo, con un 56% [42% a 72%] en el 2020, y la brecha entre el tratamiento para adultos y el pediátrico está en aumento.

Un gran desafío es que una gran proporción de niños que viven con VIH en la región no están siendo diagnosticados, incluso si tienen padres que están recibiendo tratamiento contra el VIH. Un estudio del 2017 encontró que casi la mitad de las personas VIH positivas que estaban recibiendo atención tenían miembros del hogar, muchos de ellos niños y adolescentes, que aún no se habían realizado la prueba del VIH (9).

La prueba índice del VIH basada en la familia es una forma efectiva de identificar a la niñez VIH positiva no diagnosticada y vincularla al tratamiento (10). Un amplio estudio realizado en Camerún descubrió que este método era mucho más eficaz para identificar a los niños que viven con VIH que los puntos de entrada más convencionales, como los servicios de transmisión vertical, salas de pediatría, instalaciones para pacientes ambulatorios, clínicas de tuberculosis o servicios de inmunización (11).<sup>1</sup> En la República Democrática del Congo, las pruebas índice sistemáticas basadas en la familia llevaron a un aumento de cuatro veces mayor en el número de niños seropositivos que recibieron tratamiento contra el VIH durante un período de seis meses (12). En Benín, el número de niños y adolescentes recién diagnosticados con VIH se duplicó con creces durante los seis meses de pruebas de detección del VIH basadas en la familia (60 a 129), y todos los niños diagnosticados se vincularon con éxito al tratamiento (13).

E.M. es una mujer que vive con VIH en la ciudad de Parakou, en el norte de Benín.<sup>2</sup> Recuerda cómo su partera le pidió que llevase a su hijo mayor, que tenía cuatro años de edad en ese momento, para revisión después de que E.M. resultara VIH positiva durante la atención prenatal. El niño también dio positivo a la prueba de VIH. “Nos remitieron a pediatría del CHUD-Borgou [centro de

1 El rendimiento de los diagnósticos de VIH a través de pruebas índice fue del 22%, en comparación con el 11% a través de los servicios de tuberculosis, 6% a través de los servicios de transmisión vertical o salas de pediatría y casi el 0% a través de los servicios ambulatorios o de inmunización.

2 No son sus verdaderas iniciales.



**JOURNÉE  
MONDIALE  
DU SIDA**  
1<sup>er</sup> DÉCEMBRE 2019

**“J’accompagne  
les gestantes  
séropositives à  
suivre les conseils de  
l’équipe soignante  
pour leur santé et  
pour que leur enfant  
ne soit pas infecté;  
j’encourage aussi au  
dépistage familial”**

Jeannette BOSSOU • Présidente AFEP-ESPOIR

## Les communautés font la différence



salud comunitario en Parakou] para su cuidado”, dice. “En el pasado, se enfermaba regularmente y tenía erupciones cutáneas y manchas por todo su cuerpo. Gracias a la atención que recibió, le va muy bien hoy en día”.

Las pruebas índice basadas en la familia se enfocan en las familias y los miembros del hogar de las personas diagnosticadas recientemente con la infección por VIH o de las personas que están bajo cuidado y en tratamiento. La prueba implica los siguientes pasos:

- Identificar a los familiares de un caso índice de VIH.
- Ofrecerles pruebas de VIH si aún no conocen su estado serológico.
- Compartir los resultados de una manera apropiada para la edad con los miembros de la familia diagnosticados.
- Vincular a las personas VIH positivo con la atención y el tratamiento, y con cualquier otro servicio de salud y social que puedan necesitar.

Jeannette Bossou,  
Presidenta de AFEP-  
ESPOIR, promueve la  
detección del VIH en la  
familia durante el Día  
Mundial del SIDA de  
2019, Benín.  
Crédito: ONUSIDA

UNICEF, junto con la OMS y ONUSIDA, ha desarrollado una guía operativa para implementaciones de pruebas índices basadas en la familia, y ha estado brindando asistencia técnica a países de África occidental y central para implementar la estrategia. También ha estado recopilando datos sobre aceptación, pruebas, diagnósticos y estatus de tratamiento. Esos datos se incorporan a un panel actualizado periódicamente que permite realizar seguimiento y comparaciones de la implementación, los desafíos y la ampliación en los países de la región.

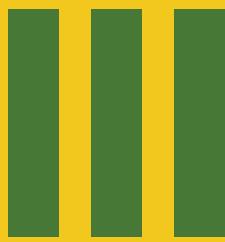
Los datos compilados en el panel muestran que durante un período de seis meses en el 2020, la cobertura de servicios aumentó del 62% al 69% en 503 distritos o áreas prioritarias, con casi 47 000 ofertas de pruebas familiares en los 12 países que reportan estos datos. En total, 2283 personas que viven con VIH fueron diagnosticadas recientemente y vinculadas al tratamiento y la atención, con una tasa de inicio del tratamiento del 99% (13).

La prueba índice de VIH basada en la familia "es una forma efectiva de detectar casos de VIH en la comunidad que está fuera del sistema de atención de la salud", dice Rachida Mama Seidou, que trabaja con la sección Borgou de la Red de Asociaciones de Personas que viven con VIH de Benín.

Las mejores prácticas para guiar la ampliación de las pruebas índice basadas en la familia incluyen la participación de redes de personas que viven con VIH en Chad, el uso de sistemas de salud comunitarios sólidos en Ghana y la implementación de la estrategia junto con un firme plan de promoción para obtener beneficios gubernamentales de propiedad del proceso en Camerún. UNICEF convocará sesiones de aprendizaje de Sur a Sur con otras regiones en el 2021 para compartir esas y otras lecciones.

## Referencias

1. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hofmann CJ, Barron P et al. El VIH y la tuberculosis en las cárceles del África subsahariana. *Lancet* 2016;388:1215-27.
2. Bastick M, Townhead L. Las mujeres en prisión: un comentario sobre las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el trato de los reclusos. Ginebra: Oficina Quaker de las Naciones Unidas.
3. UNODC, UNPFA, OMS, ONU MUJERES, ONUSIDA. Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en las cárceles: Guía técnica. Viena: ONUDD; 2020.
4. Programa Nacional de Lucha contra las ETS/SIDA Informe nacional de Sri Lanka 2018. Colombo - Programa Nacional de Lucha contra las ETS/SIDA [Sri Lanka]; 2018.
5. Informe anual sobre la Oficina de Salud Familiar 2016. Colombo - Oficina de Salud Familiar, Ministerio de Salud [Sri Lanka]; 2016.
6. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis: Informe nacional de validación, Sri Lanka 2019. Colombo - Ministerio de Salud [Sri Lanka]; 2019.
7. Encuesta demográfica y de salud de Sri Lanka 2016. Colombo - Ministerio de Políticas Nacionales y Asuntos Económicos [Sri Lanka]; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/srilanka-dhs-2016.pdf>).
8. Rajapaksa L, Weerasinghe G, Manathunge A, Elwitigala J, Nilaweerla I, Kasturiaratchi K et al. Eliminación de la transmisión materno infantil (TMI) del VIH y la sífilis en Sri Lanka; confirma la OMS. *Sri Lanka Journal of Sexual Health and HIV Medicine*. 2019;5:5-12.
9. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. La detección de casos índice facilita la identificación y la vinculación con el cuidado de niños y jóvenes que viven con VIH / SIDA en Malawi. *Trop Med Int Health*. 2017;22(8):1021-29.
10. Luyirika E, Towle MS, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F et al. Ampliación de la atención pediátrica del VIH con un enfoque integrado enfocado en la familia: un caso de estudio observacional de Uganda. *PLoS One*. 2013;8(8):e69548.
11. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CA, Talla S et al. Viabilidad y utilidad de la detección activa de casos de niños y adolescentes infectados por VIH mediante pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor: evidencia del hospital de Laquintinie en Douala, Camerún. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):259.
12. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L et al. El impacto del enfoque centrado en la familia sobre el VIH pediátrico en la RDC. 22 Conferencia Internacional sobre el SIDA, 24-27 de julio de 2018, Ámsterdam. Resumen THPEB110.
13. UNICEF. Cuadro de instrumentos del despliegue nacional de pruebas familiares en África occidental y central (consultado en junio de 2021).



# LA ÓPTICA DE LA DESIGUALDAD





# 04

## LIDERAZGO COMUNITARIO

**D**urante décadas, las comunidades afectadas han impulsado la respuesta mundial al VIH. Las personas que viven con VIH, las poblaciones claves, las mujeres, los jóvenes y otras personas han trabajado juntas para ampliar el alcance, la calidad y la equidad de los servicios de salud mediante una campaña incansable para acciones más contundentes, alertando sobre las deficiencias y las injusticias, y poniendo las necesidades de las personas en el centro de los programas de VIH. Su rol fundamental se ha reforzado durante la pandemia de COVID-19.

Las organizaciones lideradas por la comunidad crean conciencia sobre las leyes y prácticas obstrutivas, identifican las oportunidades perdidas, llegan a las comunidades marginadas y predicen con el ejemplo. Los programas gubernamentales contra el VIH comprenden cada vez más las ventajas de asociarse con organizaciones comunitarias para brindar servicios centrados en las personas a las poblaciones de difícil acceso, por ejemplo, mediante la contratación social. Los sistemas de seguimiento dirigidos por la comunidad son un recurso valioso que aprovecha el conocimiento y las redes de las organizaciones comunitarias para fortalecer el desempeño y la responsabilidad de los programas de VIH. La participación de la comunidad también se reconoce cada vez más como una estrategia fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal (1).

Los servicios dirigidos por la comunidad y basados en la comunidad también han marcado una diferencia durante la pandemia de COVID-19, proporcionando medicamentos y servicios contra el VIH directamente a las personas más necesitadas. En Côte d'Ivoire, Indonesia, Kenia y otros lugares, grupos comunitarios han proporcionado medicamentos antirretrovirales y antituberculosos a los hogares de las personas o centros locales de atención, mientras que sus pares en Suazilandia y Kenia han entregado condones, lubricantes y kits de autoprueba del VIH a poblaciones claves, y puntos de distribución comunitarios (2). Las organizaciones lideradas por la comunidad también han agregado tareas de COVID-19, como la concientización y la distribución de equipos de protección personal, a sus actividades (3).



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

- Comprometerse con el principio primordial de participación de las personas que viven con VIH / SIDA (GIPA) y garantizar que las redes regionales, nacionales y subnacionales y otras comunidades afectadas estén incluidas en la toma de decisiones, planificación, implementación y seguimiento de la respuesta al VIH, y proporcionar suficiente apoyo técnico y financiero.
- Asegurar que los datos generados por la comunidad se utilicen para adaptar las respuestas al VIH a fin de proteger los derechos y satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH, que corren riesgo de contraerlo y que están afectadas por el VIH.
- Asegurar que las organizaciones dirigidas por la comunidad ofrezcan el 30% de los servicios de pruebas y tratamiento, con un enfoque en la prueba del VIH, vinculación con el tratamiento, apoyo a la adherencia y retención, y la alfabetización en el tratamiento.
- Asegurar que las organizaciones dirigidas por la comunidad proporcionen el 80% de los servicios de prevención del VIH a las poblaciones con alto riesgo de infección por VIH, incluyendo las mujeres de esas poblaciones.
- Asegurar que las organizaciones dirigidas por la comunidad ofrezcan el 60% de los programas para apoyar el logro de los facilitadores sociales.

*Yana Panfilova, una joven que vive con VIH y dirige el grupo de la sociedad civil Teenergizer, se dirige a la Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2021.*  
Crédito: Foto ONU/Loey Felipe

Las organizaciones dirigidas por la comunidad están desempeñando un papel crítico durante la pandemia de COVID-19, proporcionando medicamentos y servicios contra el VIH directamente a las personas más necesitadas.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el sida de 2021 pide que se incluyan redes comunitarias globales, regionales, nacionales y subnacionales en la toma de decisiones, planificación, implementación y monitoreo de la respuesta al VIH, y que estas organizaciones lideradas por la comunidad cuenten con suficiente apoyo técnico y financiero. La Declaración también pide a los países garantizar que para el 2025, las organizaciones lideradas por la comunidad estén prestando el 30% de los servicios de apoyo a las pruebas y el tratamiento, el 80% de los servicios de prevención del VIH para las poblaciones en mayor riesgo de infección por VIH y el 60% de los programas para apoyar el logro de facilitadores sociales.<sup>1</sup>

Hay mucho trabajo por hacer para convertir esos compromisos en una realidad. Por ejemplo, la Hoja de ruta de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH 2020 hace hincapié en la contratación social, pero en el 2020, solo 11 de los 28 países de enfoque de la Coalición informaron habían completado los pasos pertinentes necesarios para que la contratación social desempeñe su papel en la maximización de la contribución del conocimiento basado en la comunidad, redes y recursos en las respuestas al VIH (2).

<sup>1</sup> Los servicios de apoyo a las pruebas y el tratamiento deben centrarse en las pruebas del VIH, la vinculación con el tratamiento y apoyo en la adherencia y la retención, e información sobre el tratamiento.



*Miembros de la Red de Personas Seropositivas de Jamaica.*

Crédito: ONUSIDA



Activistas de la sociedad civil en Cúcuta, Colombia, encienden velas durante una conmemoración del Día Mundial del SIDA. Crédito: ONUSIDA

Las organizaciones dirigidas por la comunidad aumentan la concientización sobre las leyes y prácticas obstructivas, señalan las oportunidades perdidas, llegan a las comunidades marginadas y lideran con el ejemplo.

## Caso de Estudio

# EL MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD APOYA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN NAMIBIA Y NIGERIA

Las brechas persistentes en los programas de VIH han resaltado la necesidad de comprender mejor las experiencias de las personas cuando intentan utilizar los servicios de VIH. El monitoreo y la evaluación rutinaria pueden pasar por alto asuntos relacionados con la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, calidad y confiabilidad de los servicios, así como su aceptabilidad e idoneidad para diferentes poblaciones. El monitoreo liderado por la comunidad puede identificar estas deficiencias, identificar remedios y abogar por mejoras.

El monitoreo liderado por la comunidad utiliza una plataforma estructurada y supervisores rigurosamente capacitados para recopilar y analizar de manera sistemática y rutinaria datos cualitativos y cuantitativos sobre la prestación de servicios relacionados con el VIH (1). Esta información se distribuye a los socios y partes responsables de las decisiones, se promuevan mejoras específicas, y luego se monitorea la implementación de los cambios (Figura 4.1) (2). Como su nombre indica, este proceso está dirigido e implementado por organizaciones comunitarias locales de personas que viven con VIH, redes de poblaciones claves y otros grupos o entidades comunitarias afectadas.

En Nigeria, la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento (ITPC) de África Occidental y ONUSIDA están apoyando un ambicioso proceso de monitoreo comunitario dirigido por la Red de personas que viven con VIH/SIDA en Nigeria (NEPWHAN). La primera fase se está implementando en ocho estados del sur del país, con un enfoque en mujeres y niñas, poblaciones claves (especialmente trabajadoras sexuales y hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) y personas que viven con VIH.

La iniciativa publicó su primer informe en marzo de 2021, basado en datos recopilados por NEPWHAN desde septiembre a diciembre de 2020 en 74 visitas a establecimientos de salud, de 100 entrevistas y/o discusiones de grupos focales, y a través de una revisión de casi 280 informes de datos. La Agencia Nacional para el Control del SIDA (NACA) apoyó el proceso.

El informe señaló varias barreras importantes para el acceso a los servicios de VIH en Nigeria. Estos incluyeron largas distancias a las instalaciones de tratamiento (20% de los encuestados), gastos de bolsillo altos (11%) y desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales en las instalaciones de salud más cercanas (11%) (Figura 4.2) (3). Otros impedimentos incluyeron una falta de confidencialidad percibida en los establecimientos de salud, el estigma y la discriminación, y los



FIGURA 4.1 |  
**INTEGRACIÓN DEL MONITOREO LIDERADO POR LA COMUNIDAD EN LA REVISIÓN Y MEJORA DEL SERVICIO**

Fuente: Adaptado de: O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Monitoreo de los servicios de salud liderado por la comunidad: fomentar la rendición de cuentas de la calidad de los servicios relacionados con el VIH 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).

efectos secundarios del tratamiento (4). Sólo una cuarta parte de las instalaciones de salud encuestadas proporcionaron apoyo personalizado a las poblaciones claves, y la pandemia de COVID-19 parece haber empeorado la situación. Las interrupciones del servicio debidas a la pandemia también se citaron como obstáculos.

Los encuestados no maquillaron sus evaluaciones de los servicios. “Debe pagar mucho si necesita ver al médico”, señaló uno de los encuestados.

Otra persona dijo sobre un trabajador de la salud que “si no puede ser amigable, debería ser removido de ese departamento”. Otros encuestados pidieron “drogas sin efectos secundarios” e instaron a que los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reciban mayor respeto y confidencialidad.

El monitoreo también aclaró las razones de la mala aceptación de las pruebas del VIH, y los encuestados citaron la falta de información (22% de los encuestados), prefiriendo no conocer su estado serológico (17%),

una sensación de que la detección del VIH no es una prioridad personal (15 %) y preocupaciones sobre violaciones de la confidencialidad entre los proveedores de atención médica (10%).

Según los hallazgos se elaboró una agenda de defensa, con recomendaciones específicas para cada uno de los principales temas identificados en el ejercicio de monitoreo. El seguimiento a las recomendaciones ya está en marcha. Esto incluye la propuesta del Ministerio de Salud para la adquisición de kits de autoprueba del VIH para todas las instalaciones en Nigeria, y la revisión del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria (Fondo Mundial) de apoyo para NEPWHAN para expandir el monitoreo liderado por la comunidad a estados adicionales (5).

Una gran lección de la primera fase del ejercicio de monitoreo liderado por la comunidad de Nigeria es la necesidad de un desarrollo continuo de la capacidad para que las organizaciones comunitarias puedan aprovechar plenamente esta oportunidad para mejorar los servicios y fortalecer la rendición de cuentas entre los responsables de la creación de políticas y los garantes de derechos. La próxima fase se implementará en seis estados del norte de Nigeria.

En Namibia, el monitoreo liderado por la comunidad ha progresado rápidamente, a pesar de la pandemia de COVID-19. Las organizaciones de la sociedad civil y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales (con apoyo técnico y de otro

tipo de ONUSIDA, el Fondo Mundial y PEPFAR / los Centros para el Control de Enfermedades y Prevención) han desarrollado una estrategia de monitoreo dirigido por la comunidad, que ha aprobado el Consejo Nacional del SIDA. Se brindó apoyo técnico para mapear y analizar la respuesta al VIH por parte de Namibia, realizar consultas comunitarias y a las partes interesadas y desarrollar una estrategia y plan de implementación que incluye indicadores, procedimientos de gestión de datos y procesos de recopilación de datos. En diciembre de 2020 se llevaron a cabo capacitaciones de monitoreo y promoción, seguidas de capacitación para recopiladores de datos en enero de 2021. Las tres organizaciones comunitarias que lideran el programa iniciaron a recopilar datos en los establecimientos de salud en abril de 2021.

Estas dos experiencias de monitoreo lideradas por la comunidad están revelando desafíos de los que esfuerzos similares en otros países pueden aprender. Por ejemplo, los indicadores requeridos para la presentación de informes a los donantes deben conciliarse con los que reflejan las prioridades comunitarias. También es importante seleccionar un número realista de indicadores y sitios de datos para que el análisis regular de datos sea factible y que se disponga de tiempo y recursos suficientes para iniciativas de promoción posteriores. Pero la lección más importante hasta ahora es que, cuando las comunidades reciben el apoyo, la formación y la confianza adecuados, pueden generar información y conocimientos que pueden ayudar a cerrar las brechas persistentes en los programas de VIH.

**FIGURA 4.2 | BARRERAS A LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO DEL VIH, ESTADOS SELECCIONADOS EN NIGERIA, SEPTIEMBRE–DICIEMBRE DE 2020**



Fuente: Iniciativa de monitoreo liderado por la comunidad (CLM) sobre COVID-19 y VIH en Nigeria, informe de la primera fase, marzo de 2021. Abuja: Red de personas que viven con VIH / SIDA en Nigeria (NEPWHAN); 2021.  
Nota: Número de encuestados = 89.

## Referencias

1. Establecimiento de servicios de monitoreo del VIH dirigidos por la comunidad. Principios y procesos. Ginebra: ONUSIDA; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf)).
2. Monitoreo de los servicios de salud dirigidos por la comunidad: responsabilidades en cuanto a la calidad de los servicios relacionados con el VIH. Documento técnico. Washington (DC): Healthgap; 2020 ([https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led- Monitoring-of\\_Health-Services.pdf](https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led- Monitoring-of_Health-Services.pdf)).
3. Iniciativa de monitoreo dirigido por la comunidad (CLM) sobre COVID-19 y VIH en Nigeria, informe de primera fase. Marzo 2021.
4. Adebawale N. El tratamiento contra el VIH sigue siendo caro para muchos nigerianos, informe. En: Premium Times [Internet]. 11 de marzo de 2021. The Premium Times; c2020 (<https://www.premiumtimesng.com/health/health-news/448135-hiv- treatment-still-expensive-for-many-nigerians-report.html>).
5. Comunicación personal entre ONUSIDA Nigeria y el Ministerio de Salud de Nigeria y sus asociados, abril de 2021.

# 05

## IGUALDAD DE GÉNERO

**L**a desigualdad y la discriminación de género priva a las mujeres y las niñas de sus derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la educación, la salud y las oportunidades económicas. El falta de empoderamiento resultante también niega la autonomía sexual de las mujeres y niñas, poder de decisión, dignidad y seguridad.

La violencia de género es una de las manifestaciones más atroces de la desigualdad de género. Casi una de cada tres mujeres en todo el mundo ha experimentado violencia física y/o sexual de pareja íntima, violencia sexual sin pareja o ambas en su vida (1). La violencia de género también tiene un impacto negativo en la salud y la vida de millones de personas dentro de las comunidades de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) de todo el mundo (2).

La violencia daña la salud física y mental de mujeres y niñas; también puede aumentar el riesgo de contraer la infección por VIH (3). La violencia contra las mujeres que viven con VIH, incluyendo la violencia de pareja íntima y la violencia institucional y obstétrica, puede reducir el acceso y la adherencia al tratamiento, reducir los recuentos de CD4 y aumentar las cargas virales (4). Las mujeres y las niñas se ven especialmente afectadas por el aumento de la violencia, la pérdida de ingresos y la creciente inseguridad económica asociados con la pandemia de COVID-19 (5, 6). Aunque algunos países están tomando medidas adicionales para prevenir la violencia contra la mujer y apoyar a las sobrevivientes, 32 países aún carecen de leyes específicas contra la violencia doméstica (7).

En muchos países, las niñas tienen menos probabilidades de completar la educación secundaria que los niños, y la calidad de su educación se ve afectada debido a la discriminación en las escuelas. Existe evidencia de que completar la educación secundaria puede ayudar a proteger a las niñas contra la infección por VIH, además de sus beneficios sociales y económicos más amplios (8). Sin embargo, el cierre de escuelas debido a la pandemia de COVID-19 amenaza las perspectivas educativas de los niños, especialmente las de los niños de hogares empobrecidos (9).

Abordar estos problemas requiere una participación significativa de las mujeres y las niñas en toda su diversidad, incluyendo las mujeres que viven con VIH y las mujeres de las poblaciones claves, en la toma de decisiones y el apoyo a los roles de liderazgo de las organizaciones de mujeres y los movimientos feministas en la respuesta al VIH.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021

- Eliminar todas las formas de violencia sexual y de género, incluyendo la violencia de pareja íntima, mediante:
  - Adoptar y hacer cumplir las leyes y estrategias.
  - Cambiar los estereotipos nocivos de género y las normas, percepciones y prácticas sociales negativas.
  - Proporcionar servicios adaptados que aborden formas múltiples e interrelacionadas de discriminación y violencia a las que se enfrentan las mujeres que viven con VIH, están en riesgo o afectadas por el mismo.
- Reducir a no más del 10% el número de mujeres, niñas, personas que viven con VIH, que corren el riesgo y están afectadas por el VIH y que experimentan desigualdades basadas en el género y violencia sexual y basada en el género.
- Garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva satisfagan sus necesidades de servicios de atención de salud sexual y reproductiva y de VIH, incluyendo la atención prenatal y materna, información y consejería.
- Cumplir el derecho a la educación de todas las niñas y mujeres jóvenes y empoderar económicamente a las mujeres.
- Ampliar las intervenciones de protección social para las niñas y mujeres jóvenes, e involucrar a los hombres y niños en los esfuerzos intensificados para transformar las normas sociales negativas y los estereotipos de género.

# DATOS SOBRE EL VIH

## La violencia de género continúa siendo común

Se necesitan con urgencia intervenciones y servicios para prevenir la violencia sexual y basada en el género, y apoyar a las sobrevivientes de la violencia.

A nivel mundial, más de una de cada 10 (13%) mujeres alguna vez casadas o en pareja (15 a 49 años) han sufrido violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses (1). Solo siete de los 43 países con datos disponibles entre el 2015 y 2020 cumplieron con el objetivo para el 2025 de menos del 10% (Figura 5.1). Dos de esos siete países, Filipinas y Senegal, han realizado múltiples encuestas a lo largo de los años que sugieren una disminución constante en la violencia de la pareja íntima reciente.<sup>1</sup>

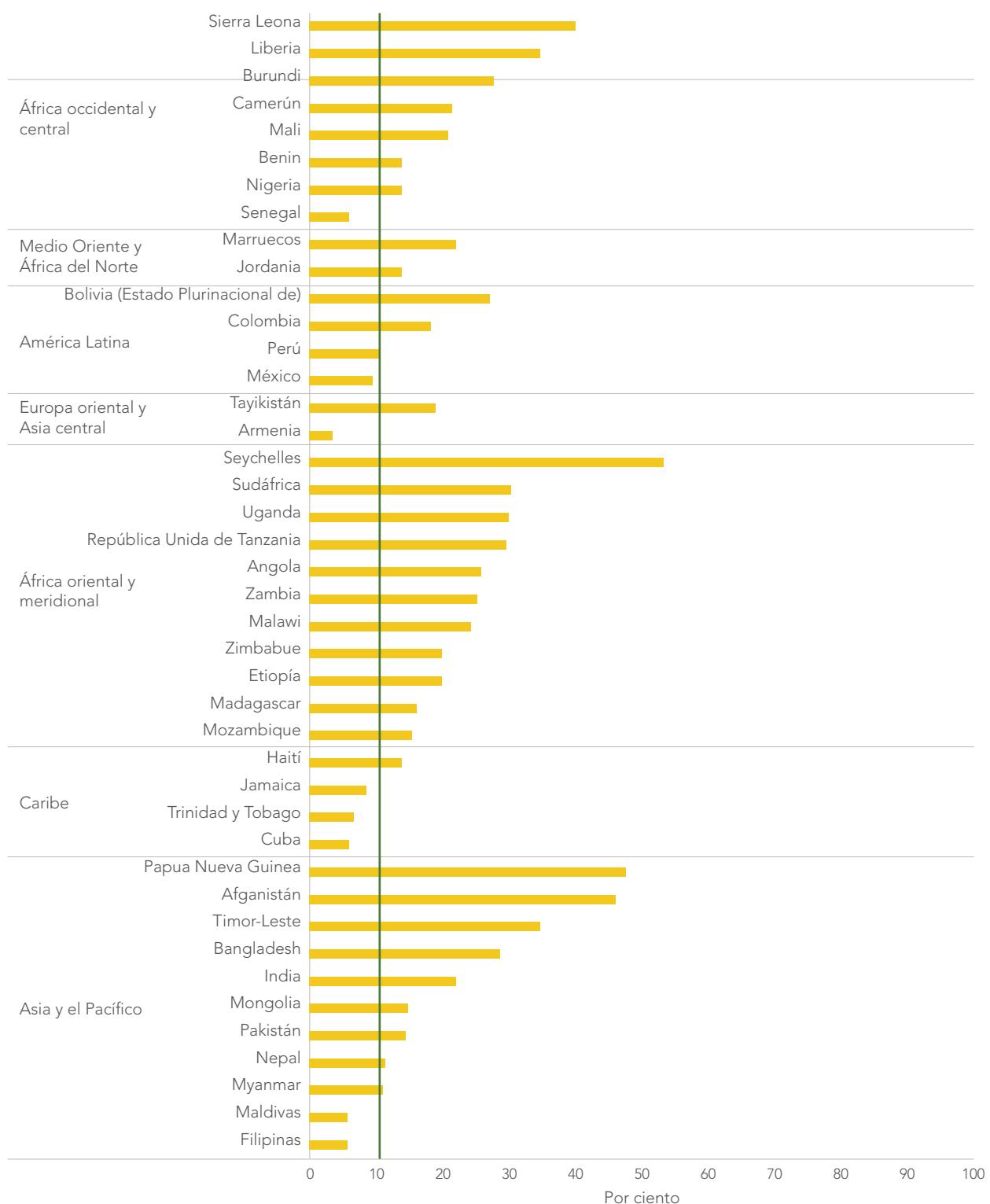
Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013 sobre la carga de salud asociada con la violencia contra la mujer señaló que, en algunas regiones, las mujeres que habían experimentado violencia de pareja íntima tenían 1.5 veces más probabilidades de contraer VIH, en comparación con las mujeres que no habían experimentado violencia de pareja. (10). De manera similar, estudios más recientes de Togo y Uganda, y un análisis de datos de encuestas poblacionales en Zambia, señalan un mayor riesgo de infección por VIH entre las mujeres que reportan diversas formas de violencia de pareja íntima (11-13). Las mujeres que se inyectan drogas enfrentan altos niveles de violencia física y sexual, lo que contribuye a su alto riesgo de contraer VIH, pero a menudo son ignoradas por los programas de reducción de daños porque la gran mayoría de las personas que se inyectan drogas en todo el mundo son hombres (14).

El estigma y los prejuicios profundamente arraigados contra las personas LGBTI, y las leyes y regulaciones discriminatorias que fomentan un clima en el que se toleran el discurso de odio, la violencia y la discriminación, perpetúan los altos niveles de violencia contra las comunidades LGBTI. Los actos de violencia van desde la exclusión y la discriminación diarias hasta la tortura y los asesinatos arbitrarios. No hay datos completos y sistemáticos sobre el número de víctimas de la violencia, pero un Experto Independiente designado por la ONU ha estimado que hay millones cada año (2). En Virginia, en los Estados Unidos de América, hasta el 45% de las personas transgénero experimentan alguna forma de victimización basada en el género, que incluye: violencia física o sexual; discriminación social, laboral o de vivienda; o rechazo en contextos familiares, sociales o mediáticos (15-18). Estas experiencias se han asociado con depresión y ansiedad, uso de sustancias y riesgo de suicidio (19-21).

Las parejas íntimas son una fuente de violencia alarmantemente común hacia las personas transgénero. Una revisión sistemática de 2020 de 74 conjuntos de datos cuantitativos sobre la violencia de pareja íntima en poblaciones transgénero encontró una prevalencia media de por vida de la violencia física de pareja íntima entre las personas transgénero del 37.5% (22). La prevalencia de por vida de la violencia sexual por parte de la pareja íntima fue del 25.0%, la violencia física por parte de la pareja íntima el año pasado fue del 16.7% y la violencia sexual por parte de la pareja íntima el año pasado fue del 10.8% (22). En Lima, Perú, un estudio transversal entre 576 hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero encontró que el 7.9% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres y el 15.0% de las mujeres transgénero reportaron experiencias de violencia de pareja íntima con al menos una de sus últimas tres parejas (23).

<sup>1</sup> Los datos provienen de encuestas basadas en la población: 2008, 2013 y 2017 en Filipinas, y 2017, 2018 y 2019 en Senegal.

**FIGURA 5.1 | PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O EN PAREJA (15 A 49 AÑOS DE EDAD) QUE EXPERIMENTARON VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA ÍNTIMA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, POR REGIÓN, 2015 A 2020**



— Objetivo 2025

Fuente: Encuestas basadas en la población, 2015–2020.

# DATOS SOBRE EL VIH

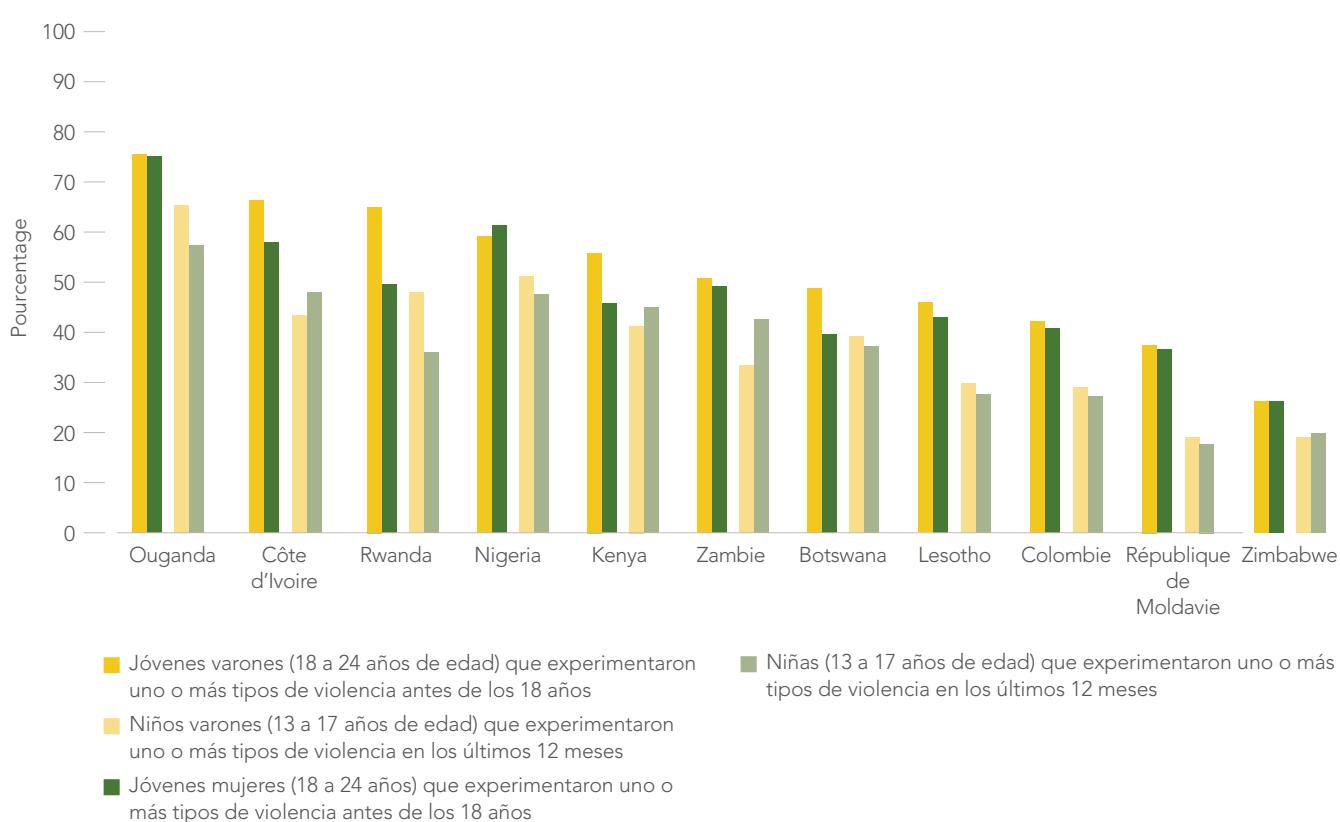
## La violencia afecta negativamente a la niñez

Las experiencias de violencia ocurren con demasiada frecuencia en las primeras etapas de la vida. La violencia en la niñez se ha relacionado con mayores riesgos de: VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); problemas de salud mental; retraso en el desarrollo cognitivo; bajo rendimiento escolar y deserción escolar; embarazo prematuro; problemas de salud reproductiva; enfermedades transmisibles y no transmisibles; y lesiones (24).

Entre los 11 países con datos disponibles entre el 2016 y el 2020, la violencia (física, sexual y/o emocional) experimentada en los últimos 12 meses por niños (13 a 17 años) osciló entre el 19.2% en la República de Moldavia y Zimbabwe y 65.4% en Uganda entre los hombres, y 17.7% en la República de Moldavia al 57.5% en Uganda entre las mujeres (Figura 5.2).

El porcentaje de jóvenes (18 a 24 años) que experimentaron uno o más tipos de violencia durante la infancia (antes de los 18 años) es alto en los 11 países con datos disponibles entre el 2016 y 2020, que van desde el 26.3% en Zimbabwe a 75.6% en Uganda entre los hombres, y del 26.5% en Zimbabwe al 75.3% en Uganda entre las mujeres.

**FIGURA 5.2 | NIÑOS (13 A 17 AÑOS) Y JÓVENES (18 A 24 AÑOS) QUE EXPERIMENTARON UNO O MÁS TIPOS DE VIOLENCIA EN LA NIÑEZ, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2016 A 2020**



Fuente: Encuestas sobre la violencia contra la niñez, 2015–2020.

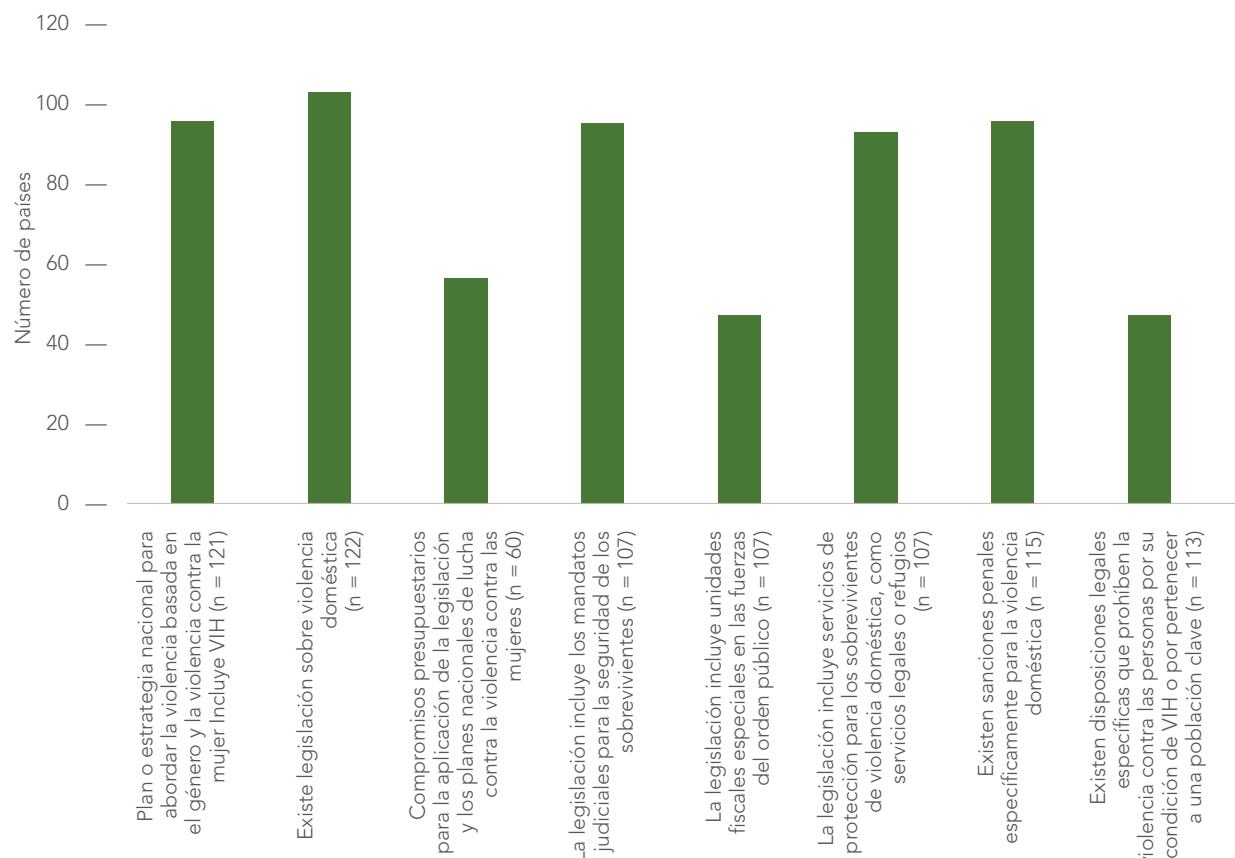
## Implementación de la legislación sobre la violencia doméstica

Las leyes que sancionan la violencia contra las mujeres y las niñas las exponen a daños físicos y mentales, perpetúan la desigualdad de género y socavan las respuestas al VIH (25). Las leyes y políticas deben proteger a las mujeres y las niñas contra la violencia. También deben garantizar que las sobrevivientes reciban un apoyo adecuado y apto, y que puedan lograr una indemnización legal contra los perpetradores de violencia.

Entre los países que reportaron información a ONUSIDA, 103 dijeron que tienen legislación sobre violencia doméstica, y la gran mayoría también informa que esta legislación incluye sanciones penales para los perpetradores, órdenes judiciales y servicios de protección para los sobrevivientes. Noventa y seis países informaron que tienen un plan o estrategia nacional para abordar la violencia de género y la violencia contra las mujeres que incluye el VIH, y 47 países indicaron tener disposiciones legales especiales que prohíben la violencia contra las personas en función de su estado serológico o de su identidad como miembros de una población clave (Figura 5.3). Incluso cuando existen políticas y leyes relevantes, su implementación y calidad varía.

## DATOS SOBRE EL VIH

**FIGURA 5.3 | PAÍSES CON DISPOSICIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2017–2021**



Fuente: Instrumento de Políticas y Compromisos Nacionales de ONUSIDA, 2017–2021.

## DATOS SOBRE EL VIH

### Las normas de género nocivas persisten entre las personas jóvenes

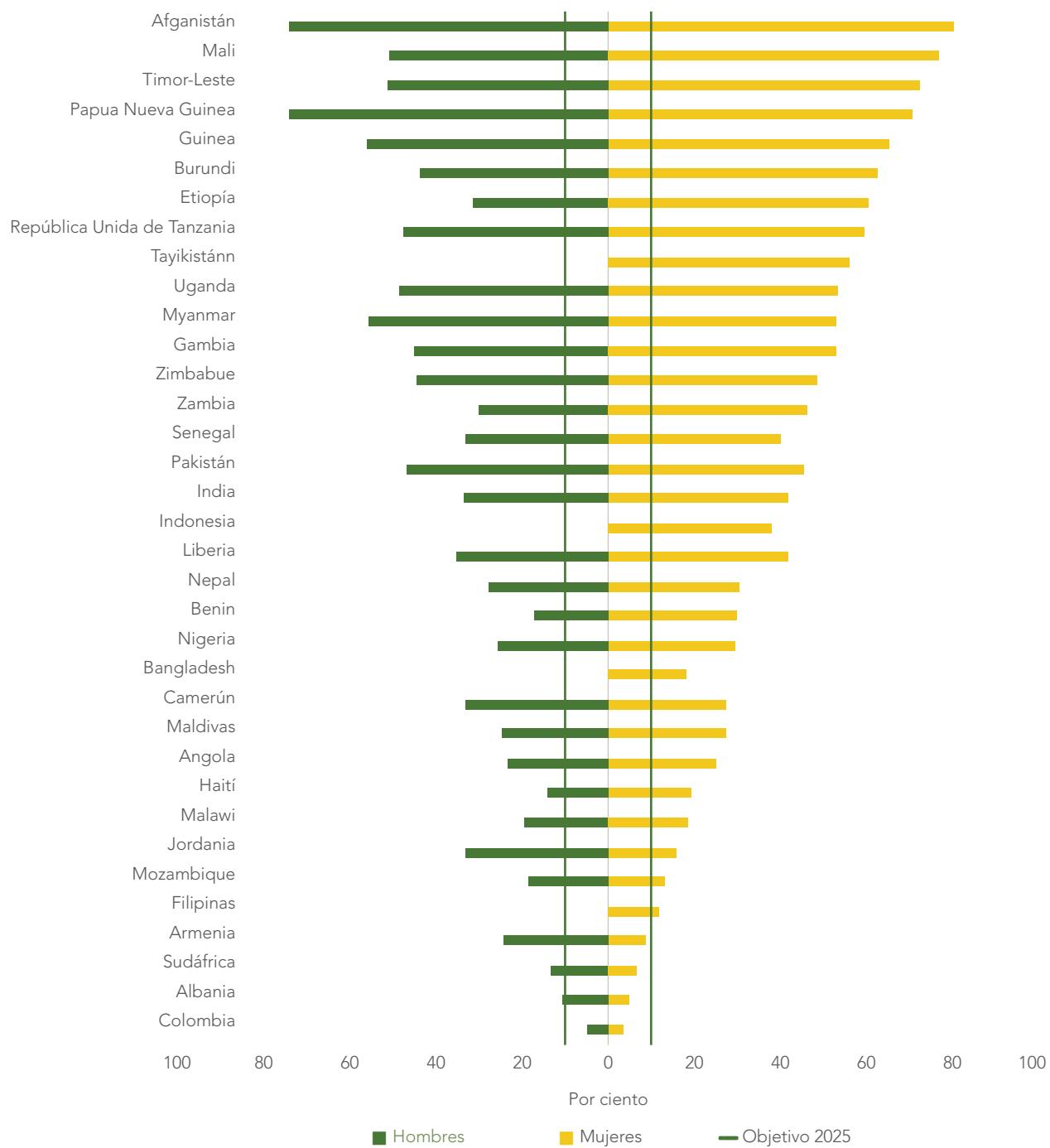
Para lograr la igualdad de género es necesario transformar las normas de género desiguales, y la Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 incluye un objetivo de que menos del 10% de las personas apoyen las normas de género no equitativas para el 2025. Sin embargo, los datos disponibles indican que muchos hombres y mujeres jóvenes continúan justificando estas normas, como la violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima. En 36 países con datos disponibles, el porcentaje de mujeres jóvenes (15 a 24 años) que estuvieron de acuerdo en que un esposo está justificado para golpear o atacar a su esposa por al menos una razón específica que oscila entre el 3% en Colombia y el 80% en Afganistán (Figura 5.4). Los hombres jóvenes de la misma edad tenían actitudes similares. Este indicador indirecto sugiere que se requerirá un trabajo intensivo en la mayoría de los países para garantizar que se promuevan normas equitativas, poner fin a la violencia contra la mujer y prevenir y mitigar el impacto del VIH.



Muchas mujeres y hombres jóvenes siguen justificando normas de género inequitativas, como la violencia contra la mujer por parte de parejas íntimas.

Crédito: UNAIDS

**FIGURA 5.4 | PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES JÓVENES (15 A 24 AÑOS) QUE ESTÁN DE ACUERDO EN QUE UN ESPOSO ESTÁ JUSTIFICADO EN GOLPEAR O ATACAR A SU ESPOSA, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2015–2020**



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2020.

# DATOS SOBRE EL VIH

## Tres dimensiones de autonomía

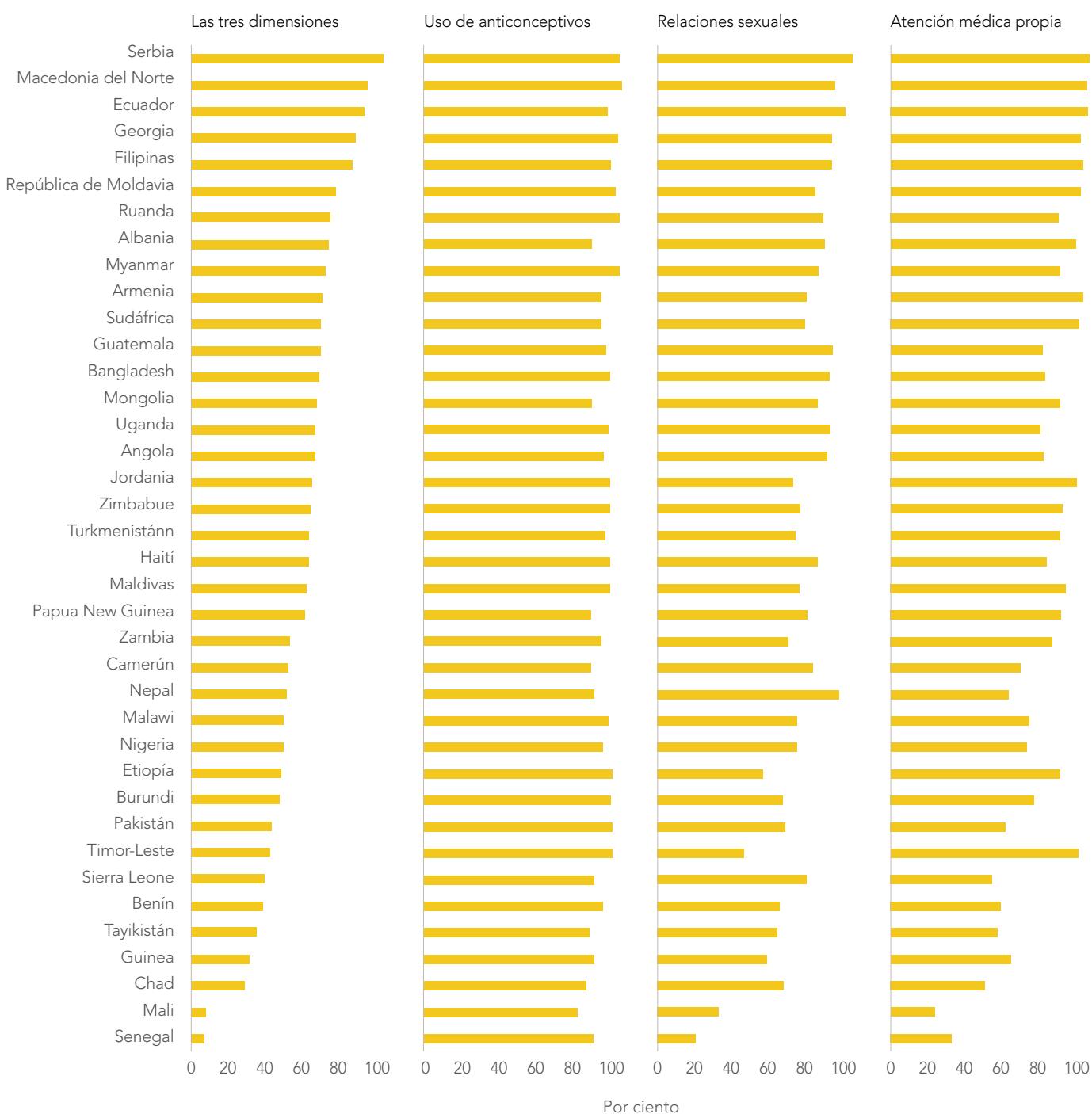
La Asamblea General de la ONU se ha comprometido a garantizar que el 95% de las mujeres y niñas en edad reproductiva tengan sus necesidades de servicios de atención de salud sexual y reproductiva y de VIH satisfechas para el 2025, incluyendo la atención prenatal y materna, información y asesoramiento.

Las presiones sociales y las conductas controladoras y coercitivas de los hombres todavía impiden que muchas mujeres utilicen anticonceptivos, rechacen las relaciones sexuales no deseadas y tomen sus propias decisiones sobre su atención médica. En la mayoría de los países, relativamente una gran proporción de mujeres toman sus propias decisiones en una o dos de estas dimensiones de la autonomía corporal, pero es mucho menos probable que las mujeres puedan tomar decisiones independientes en las tres dimensiones (Figura 5.5). En Senegal, por ejemplo, el 85% de las mujeres (casadas o en unión y que actualmente usan anticonceptivos) informaron que podían tomar sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos. Solo el 31% podía tomar sus propias decisiones sobre su atención médica y el 19% podía hacerlo sobre sus relaciones sexuales. Generalmente, el poder de toma de decisiones es más fuerte entre las mujeres mayores y las mujeres con niveles de educación más altos, aquellas que viven en áreas urbanas y aquellas cuyos hogares están en quintiles de riqueza más altos (26).

*Una mujer recibe píldoras anticonceptivas de una clínica móvil ubicada en Nzvimbo, Zimbabue.*  
Crédito: ONUSIDA



**FIGURA 5.5 | PORCENTAJE DE MUJERES (15-49 AÑOS) QUE ACTUALMENTE ESTÁN CASADAS O EN UNIÓN Y QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS QUE TOMAN SUS PROPIAS DECISIONES INFORMADAS CON RESPECTO A LAS RELACIONES SEXUALES, EL USO DE ANTICONCEPTIVOS Y LA ATENCIÓN MÉDICA PROPIA, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2015-2020**



Fuente: Encuestas basadas en la población, 2015-2020.

## Caso de Estudio

# LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA RECLAMAN SUS VIDAS

La violencia contra las mujeres y las niñas continúa siendo común en Europa oriental, y la pandemia de COVID-19 puede estar poniendo a las mujeres, incluyendo las que viven con el VIH, en un peligro aún mayor.

En una encuesta del 2019 realizada en siete países de Europa central y oriental, el 31% de las 15 000 mujeres encuestadas dijeron que habían experimentado algún tipo de violencia física y/o sexual cuando eran adultas, y el 10% dijo que los incidentes habían ocurrido el año anterior.<sup>2</sup> El sesenta por ciento de las mujeres dijeron haber sido sometidas a violencia psicológica. Muchas, sin embargo, no denunciaron sus malas experiencias, ya sea porque no sabían cómo hacerlo o porque desconfiaban de las autoridades (27).

Esta violencia también es común entre las mujeres que viven con VIH. En un estudio realizado por la Red de Mujeres Euroasiáticas sobre el sida, más de la mitad (52%) de las mujeres que viven con VIH en Europa oriental y Asia central dijeron que habían sufrido violencia física después de ser diagnosticadas con VIH (28). La violencia psicológica fue aún más común.

Un programa de mentoría para mujeres en la República de Moldavia está abordando estos problemas al ayudar a las mujeres que viven con VIH a lograr cambios tangibles y positivos en sus vidas. Lanzado en el 2020 como una iniciativa conjunta entre la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y ONUSIDA, el programa vincula a las mujeres con consultoras y mentoras de pares que las ayudan a comprender y salvaguardar sus derechos. También les ayuda a acceder a servicios sociales y económicos que pueden mejorar sus vidas y protegerlas contra la violencia de género. Cincuenta mujeres que viven con VIH o están afectadas por el VIH participaron en el primer año del programa, que incluye capacitación en línea, sesiones de coaching de vida, mesas redondas y talleres de información.

<sup>2</sup> Los países encuestados fueron: Albania, Bosnia y Herzegovina, Montenegro, Macedonia del Norte, República de Moldavia, Serbia y Ucrania.

La iniciativa adopta un enfoque personalizado, explica Iren Goryachaya, coordinadora del programa. "No solo nos ocupamos de los temas de discriminación en instituciones de salud o la lucha contra la violencia, vemos a la mujer como una persona desde diferentes perspectivas."

"Los participantes del programa de mentoría del primer año pueden reconocer las relaciones nocivas y los comportamientos abusivos, están más alerta a la discriminación y la violencia potencial, y están mejor equipadas para acceder a los servicios esenciales y tomar medidas de precaución para proteger su salud durante la pandemia de COVID-19", Enfatiza Nigina Azizov, analista de programas de ONU Mujeres.

"Me veo a mí misma como una mujer libre, hago lo que quiero", dice Nadejda Kilar, una de las participantes. "Mis hijos están creciendo en un ambiente seguro. No me preocupo por mi diagnóstico de VIH. Si decido tener otro hijo, daré a luz en un hospital normal".

## **COVID-19 CREA DESAFÍOS ADICIONALES PARA LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH**

La pandemia de COVID-19 ha puesto a las mujeres y niñas en un riesgo aún mayor, privándolas de ingresos, agravando su inseguridad y estrés y exponiéndolas aún más al abuso y la violencia (29, 30). Como ha documentado un estudio reciente de la Red de Mujeres Euroasiáticas sobre el sida, las mujeres que viven con VIH, las mujeres que pertenecen a poblaciones claves y las mujeres de las zonas rurales se ven especialmente afectadas (31).<sup>3</sup>

El estudio señala que muchas mujeres de poblaciones claves se quedaron sin medios de subsistencia cuando se introdujeron las medidas de cuarentena. "Las personas se dieron cuenta una vez más de que no están protegidas en lo absoluto, que cuando se encuentran en tal situación, no pueden contar con el gobierno", explica una encuestada de la República de Moldavia.

Como parte del programa de mentoría de Moldavia, se creó una asociación con "Mamele Pentru Viata" (Madres de por vida), una organización no gubernamental local, y otras organizaciones benéficas para proporcionar a las mujeres que viven con VIH y sus familias paquetes de alimentos, desinfectantes y otros productos del hogar durante los cierres debido a COVID-19. A las mujeres también se les ofreció consultas psicológicas individuales para ayudar a aliviar el estrés y reconstruir su confianza y motivación.

El programa de mentoría continúa funcionando y se han inscrito otras 50 mujeres para el 2021. Las participantes del primer año de mentoría se han mantenido en contacto entre sí y están brindando apoyo al grupo de este año.

<sup>3</sup> La encuesta se realizó en 10 países: Armenia, Belarús, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, La República de Moldavia, la Federación de Rusia, Tayikistán, Ucrania y Uzbekistán.

## Caso de Estudio

# PONIENDO EL FOCO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN MOZAMBIQUE

La Iniciativa Spotlight está intensificando los esfuerzos para abordar la violencia contra las mujeres en Mozambique.

“El mayor desafío es contrarrestar la desinformación, los mitos culturales y los rumores”, dice Dalva Costa, consejera de Coalizão, un socio de la sociedad civil de la Iniciativa Spotlight, que promueve los derechos sexuales y reproductivos entre las personas jóvenes de Mozambique (32).

La encuesta demográfica y de salud más reciente de Mozambique encontró que más de un tercio (37%) de las mujeres habían experimentado violencia sexual o física en algún momento de sus vidas. Solo cuatro de cada 10 sobrevivientes de violencia sexual han confiado en alguien más o han pedido ayuda (33).

Las prioridades de la Iniciativa Spotlight son fortalecer las leyes y políticas, apoyar a las instituciones, movilizar la conciencia y la acción pública, mejorar los servicios y los datos y fortalecer las organizaciones de mujeres. La mitad de los fondos de sus programas a nivel mundial se asignan a organizaciones locales que trabajan en y con las comunidades afectadas.

En Mozambique, la Iniciativa está dirigida a tres provincias: Gaza, Manica y Nampula. Está siendo ejecutada conjuntamente por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y ONU Mujeres, bajo la dirección del Ministerio de Género de la Infancia de Mozambique.



*Durante la pandemia de COVID-19, un proveedor de servicios recopila datos de pacientes en una clínica móvil en el distrito de Chongoene, provincia de Gaza, en Mozambique.*

*Crédito: UNFPA Mozambique*

En los dos últimos años, la Iniciativa ha apoyado a más de 40 organizaciones de mujeres en Mozambique para defender los derechos de la mujer y trabajar por una mayor igualdad de género. Se han creado catorce plataformas a nivel distrital y provincial, que permiten a 57 organizaciones comunitarias compartir información y remitir casos de violencia de género a las autoridades locales (34). La capacitación en empoderamiento económico ha permitido a más de 1800 mujeres establecer y administrar sus propias pequeñas empresas (34).

En un país donde se estima que el 46% de las niñas (15 a 19 años) están embarazadas o ya están criando a un hijo, y donde tantas mujeres son sobrevivientes de violencia, las mujeres y las niñas pueden tener dificultades para obtener información precisa sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (32).

Coalizão se comunica con mujeres y niñas a través de SMS Biz, una plataforma gratuita que casi 300 000 adolescentes de Mozambique utilizan para obtener información sobre temas como embarazos de adolescentes, salud sexual y reproductiva, violencia, matrimonio infantil, VIH, COVID-19 y más (32). Los mentores formados por Coalizão han respondido casi 2 millones de preguntas de adolescentes. Spotlight apoya la expansión de SMS Biz para incrementar la capacidad de respuesta de Coalizão (32).

Otros socios de Spotlight han creado grupos de redes sociales para ayudar a mantener a los estudiantes conectados y estar atentos a las niñas y mujeres jóvenes que están en riesgo de violencia. Los coordinadores estudiantiles remiten los casos a las organizaciones de la sociedad civil y a los servicios de respuesta (32).



*Maria Bragança, Denardina Mussa y Shamita Martins son activistas de Ophenta, una organización comunitaria de mujeres, que trabaja en vecindarios alrededor de la ciudad de Nampula, al norte de Mozambique.*

*Crédito: UNICEF/Ricardo Franco*

A pesar de las limitaciones relacionadas con COVID-19 en el 2020, un millón de jóvenes se unieron a programas escolares y extraescolares, más de 650 000 mujeres y niñas recibieron servicios de violencia de género, se llegó a 65 millones de personas a través de 80 campañas multimedia sobre cambio de comportamiento adaptadas localmente, y se asignaron 146 millones de dólares a organizaciones de la sociedad civil (35)..

## FORTALECIMIENTODEL MARCO JURÍDICO CONTRA LA VIOLENCIA

La Iniciativa Spotlight también ha apoyado el desarrollo o fortalecimiento de 84 leyes y políticas, y ha dado un aumento del 32% en el presupuesto nacional para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas.

Por ejemplo, a finales de 2019, el Parlamento de Mozambique aprobó una nueva ley que penaliza el matrimonio con menores (menores de 18 años) tras años de campaña (34). El Parlamento también ha aprobado un conjunto de leyes para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia. Los socios de Spotlight están publicando las leyes a través de programas de radio y alcance comunitario.

Los datos confiables son vitales para informar el desarrollo de leyes y políticas de protección, y para asegurar que los sobrevivientes puedan recibir servicios integrados, atención y acceso a la justicia (33). Como parte de la Iniciativa Spotlight, el Ministerio del Interior de Mozambique está ampliando una plataforma digital, llamada InfoViolencia, que registra y rastrea la gestión de casos de violencia de género. Con el apoyo de la Iniciativa Spotlight, el Gobierno también está capacitando a proveedores de servicios y fortaleciendo los sistemas para garantizar que se haga un seguimiento de los casos de

violencia de género denunciados, que se proteja a los sobrevivientes y que los perpetradores comparezcan ante la justicia.

Se ha capacitado a más de 1000 funcionarios públicos para ayudar a garantizar que se comprenda y aplique la ley (34). En el 2020, se mejoraron los planes de estudio de las escuelas de policía para incluir la prevención de la violencia de género, VIH y derechos humanos como parte de la formación de los cadetes. Se han establecido y equipado puntos de servicio de violencia de género para sobrevivientes, se están desplegando clínicas móviles y se están realizando mejoras en el sector de la medicina legal y forense. El Tribunal Supremo, la Fiscalía General y el Servicio de Investigación Criminal también han establecido unidades específicas de género (34).

## Referencias

1. Estimaciones de la prevalencia de la violencia contra la mujer, 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de prevalencia de la violencia contra las mujeres en las parejas íntimas y estimaciones mundiales y regionales de prevalencia de la violencia sexual contra las mujeres que no son parejas. Ginebra: OMS; 2021.
2. Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. A/HRC/38/43. 11 de mayo de 2018 (<https://undocs.org/A/HRC/38/43>).
3. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos sobre la salud de la violencia de la pareja y la violencia sexual sin pareja. Ginebra: OMS; 2013.
4. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Violencia de pareja íntima y participación en la atención y el tratamiento del VIH entre las mujeres: una revisión sistemática y un metanálisis. SIDA. 2015;29(16):2183-94.
5. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violencia contra mujeres y niñas durante COVID-19: un año después y 10 artículos en: cuarta ronda de investigación. Washington (DC) - Centro para el Desarrollo Mundial; abril 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
6. La pandemia de la sombra: Violencia contra las mujeres durante COVID-19. En: ONU Mujeres [Internet]. Nueva York: ONU Mujeres; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#facts>).
7. La mujer, el comercio y la ley, 2021. Washington (DC) - Banco Mundial; 2021 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35094/9781464816529.pdf>).
8. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Duración de la enseñanza secundaria y riesgo de infección por VIH en Botsuana: Evidencia de un experimento natural. Lancet Glob Health. 2015;3(8):e470-e477.
9. "Los años no los esperan": aumento de las desigualdades en el derecho de los niños a la educación debido a la pandemia de COVID-19. Nueva York (NY): Human Rights Watch; 2021 (<https://www.hrw.org/report/2021/05/17/years-dont-wait-them/increased-inequalities-childrens-right-education-due-covid>).
10. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos sobre la salud de la violencia de pareja íntima y la violencia sexual sin pareja. Ginebra: OMS; 2013.
11. Burgos-Soto J, Orne-Gliemann J, Encenaz G, Patassi A, Woronowski A, Kariyare B et al. Violencia física y sexual de pareja íntima entre las mujeres en Togo, África Occidental: prevalencia, factores asociados y el papel específico de la infección por VIH. Glob Health Action. 2014;7:23456.
12. Sileo KM, Kintu M, Kiene SM. La intersección de la violencia de pareja íntima y el riesgo de VIH entre las mujeres que practican relaciones sexuales transaccionales en las aldeas pesqueras ugandesas. AIDS Care. 2018;30(4):444-52.
13. Beres LK, Merrill KG, McGready J, Denison JA, Schwartz S, Sikazwe I et al. Polvictimización por violencia de pareja íntima y VIH entre mujeres en pareja en Zambia: análisis de una encuesta poblacional. Glob Public Health. 2020;15(4):558- 70.
14. Iversen J, Page K, Madden A, Maher L. HIV, HCV, y los daños relacionados con la salud entre las mujeres que se inyectan drogas: implicaciones para la prevención y el tratamiento. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;69 Suppl 2(1):S176-S181.
15. Barboza GE, Dominguez S, Chace E. Victimización física, identidad de género y riesgo de suicidio entre hombres y mujeres transgénero. Prev Med Rep. 2016;4:385-90.
16. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiencias de discriminación relacionada con transgéneros e implicaciones para la salud: Resultados del estudio de la iniciativa de salud transgénero en Virginia. Am J Pub Health. 2013;103(10):1820-9.
17. Goldblum P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks ML, Bradford J, Bongar B. La relación entre la victimización basada en el género y los intentos de suicidio en personas transgénero. Prof Psychol Res Pr. 2012;43(5):468-75.
18. McNeil J, Ellis SJ, Eccles FJR. Suicidio en poblaciones trans: Revisión sistemática de prevalencia y correlaciones. Psychol Sex Orientat Gend Divers. 2017;4(3):341-53.
19. Tebbe EA, Moradi B. Riesgo de suicidio en poblaciones trans: Una aplicación de la teoría del estrés de las minorías. J Couns Psychol. 2016;63(5):520-33.

20. Klein A, Golub SA. El rechazo familiar como predictor de intentos de suicidio y abuso de sustancias entre adultos transgénero y no conformes al género. *LGBT Health*. 2016;3(3):193-9.
21. Wolford-Clevenger C, Frantell K, Smith PN, Flores LY, Stuart GL. Correlaciones de la ideación y los comportamientos suicidas entre las personas transgénero: una revisión sistemática guiada por la teoría de la ideación a la acción. *Clin Psychol Rev*. 2018;63:93-105.
22. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al. Violencia de pareja íntima en poblaciones transgénero: Revisión sistemática y metanálisis de prevalencia y correlaciones. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1-e14.
23. Passaro RC, Segura ER, Gonzales-Saavedra W, Lake JE, Perez-Brumer A, Shoptaw S et al. Correlaciones a nivel de pareja sexual de la violencia de pareja íntima entre hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero en Lima, Perú. *Arch Sex Behav*. 2020 Oct;49(7):2703-13.
24. INSPIRE: Siete estrategias para acabar con la violencia contra los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/920857/retrieve>).
25. El VIH y la ley: riesgos, derechos y salud. Supplement. Nueva York (NY): Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley; 2018 (<https://www.hivlawcommission.org/supplement>).
26. Seguimiento de la toma de decisiones de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Nueva York: UNFPA; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/20-033\\_SDG561-BrochureA4-v1.21.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/20-033_SDG561-BrochureA4-v1.21.pdf)).
27. Bienestar y seguridad de las mujeres: Encuesta dirigida por la OSCE sobre la violencia contra la mujer. Viena: Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa; 2019 ([https://www.osce.org/files/documents/9/2/413237\\_0.pdf](https://www.osce.org/files/documents/9/2/413237_0.pdf)).
28. Estudio sobre la violencia contra las mujeres que viven con VIH en Europa oriental y Asia central. Berlín: AIDS Action Europe; 2019 (<https://www.aidsactioneurope.org/en/publication/study-violence-against-women-living-hiv-eastern-europe-and-central-asia>).
29. Sri AS, Das P, Gnanapragasam S, Persaud A. COVID-19 y la violencia contra mujeres y niñas: la pandemia de la sombra. *Int J Soc Psychiatry*. February 2021. doi:10.1177/0020764021995556
30. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violencia contra mujeres y niñas durante COVID-19: un año después y 10 artículos en: cuarta ronda de investigación. Washington (DC) - Centro para el Desarrollo Mundial; abril (<https://www.cgdev.org/publication/violence-against-women-and-children-during-covid-19-one-year-and-100-papers-fourth>).
31. Matiushina-Ocheret D, Moroz S. Mujeres, VIH y COVID-19 en países de Europa oriental y Asia central: cómo el COVID-19 afecta a las mujeres que viven con VIH y a las vulnerables al VIH en países de la EECA. Nueva York: PNUD, ONUSIDA, FNUAP; 2021 (próxima publicación).
32. Neves LC. Información que salva vidas, a sólo un texto de distancia. En: Spotlight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/lifesaving-information-just-text-message-away>).
33. Galvão L. Aprovechando el poder de los datos para responder y acabar con la violencia de género. En: Spolight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/harnessing-power-data-respond-and-end-gender-based-violence>).
34. Liberar a mujeres y niñas de la violencia en Mozambique. En: Spotlight Initiative [Internet]. Spotlight Initiative; c2021 (<https://spotlightinitiative.org/news/freeing-women-and-girls-violence-mozambique>).
35. Firma de los resultados del informe anual mundial 2020 de Spotlight Initiative; Spotlight Initiative 2021 (<https://drive.google.com/file/d/1KS3Ff9yZNIKv4VEyhdN0zVvdAl7KMn2j/view?usp=sharing>).

## 06

## ELIMINAR LAS LEYES Y POLÍTICAS PUNITIVAS

Las poblaciones claves continúan siendo marginadas y criminalizadas por sus identidades y expresión de género, orientación sexual, estilos de vida y medios de vida, o simplemente por vivir con el VIH.<sup>1</sup> Pero hay cambios alentadores en camino, ya que los legisladores en algunos países prestan atención a la evidencia que muestra que las leyes que penalizan la diversidad de género, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el uso de drogas, el trabajo sexual y la transmisión del VIH son contraproducentes, discriminatorias y, en última instancia, perjudiciales (1–6).

Un análisis ecológico dirigido por el Instituto O'Neill para la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown ha reforzado estudios a menor escala que muestran que la criminalización de poblaciones claves tiene un efecto negativo en los resultados del VIH. Donde las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y el uso de drogas fueron criminalizados, los niveles de conocimiento del estatus del VIH y la supresión viral entre las personas que viven con VIH fueron significativamente más bajos que en los países que optaron por no criminalizarlos. Por el contrario, hubo una correlación positiva entre la adopción de leyes que promueven la no discriminación, la existencia de instituciones de derechos humanos y respuestas a la violencia de género y esos mismos resultados del VIH (7). Eso brinda mayor apoyo a la Comisión Global sobre el VIH y la recomendación de la Ley para que los países apliquen los principios de salud pública y eliminen o reforman las leyes y políticas que impiden que las personas accedan y utilicen los servicios de salud que necesitan (8). Doce entidades de las Naciones Unidas (ONU) han solicitado formalmente a los países y a todas las partes interesadas que pongan fin a la discriminación en los entornos de atención de la salud. (9).

<sup>1</sup> Las poblaciones clave son grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestas al VIH o de vivir con VIH. Su compromiso es crítico para una respuesta exitosa al VIH. En todos los contextos epidémicos, las poblaciones claves con mayor riesgo de infección por VIH incluyen a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que se inyectan drogas, trabajadoras sexuales y sus clientes, y personas en prisiones y otros entornos cerrados.

La Declaración Política de la ONU sobre el sida de 2021 compromete a los países a emprender reformas legislativas de modo que para el 2025, menos del 10% de los países tengan marcos legales y políticos restrictivos que conduzcan a la denegación o limitación del acceso a los servicios. La Estrategia mundial contra el sida 2021–2026 desarrolla este compromiso con los siguientes objetivos para el 2025:

- Menos del 10% de los países penalicen el trabajo sexual, la posesión de pequeñas cantidades de drogas, el comportamiento sexual con el mismo sexo y la transmisión, exposición o no divulgación del VIH.
- Menos del 10% de los países carezcan de mecanismos para que las personas que viven con VIH y las poblaciones claves informen sobre abusos y discriminación y busquen indemnización.
- Menos del 10% de las personas que viven con VIH y las poblaciones claves carezcan de acceso a servicios legales.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021

- Crear un entorno jurídico propicio mediante la revisión y reforma, según sea necesario, de marcos jurídicos y políticos restrictivos, incluyendo leyes y prácticas discriminatorias que crean barreras o refuerzan el estigma y la discriminación, tales como leyes de edad de consentimiento y leyes relacionadas con la no divulgación, exposición y transmisión del VIH, aquellas que imponen restricciones de viaje relacionadas con el VIH y pruebas obligatorias y leyes.
- Asegurar que menos del 10% de los países tengan marcos legales y políticos restrictivos que se dirigen injustamente a las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y que están afectadas por el VIH, y que conduzcan a la denegación o limitación del acceso a los servicios para el 2025.
- Adoptar y hacer cumplir la legislación, las políticas y las prácticas que previenen la violencia y otras violaciones de los derechos contra las personas que viven con, están en riesgo de contraer, y están afectadas por el VIH y proteger su derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, derecho a la educación y derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentos, vivienda, empleo y protección social adecuados, y que impiden el uso de leyes que los discriminan.
- Poner fin a la impunidad por las violaciones de derechos humanos contra las personas que viven con, están en riesgo de contraer y están afectadas por el VIH al involucrarles de manera significativa y asegurarles el acceso a la justicia mediante el establecimiento de programas de alfabetización legal, aumentando su acceso al apoyo y representación legal y ampliando la capacitación de sensibilización para jueces, fuerzas del orden, trabajadores de la salud, trabajadores sociales y otras partes responsables.

## DATOS SOBRE EL VIH

### La criminalización de las poblaciones claves continúa siendo común a pesar de los avances recientes

El objetivo para el 2025 de menos del 10% de países con marcos legales y políticos restrictivos que conducen a la denegación o limitación del acceso a los servicios equivale a 20 o menos de los 193 países que son Estados miembros de la ONU. En la actualidad, muchos más países penalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual, la posesión y el uso de drogas y la exposición, la no divulgación y la transmisión del VIH (Figura 6.1). Todos los países que notificaron datos a ONUSIDA penalizaron uno o más de esos comportamientos.

De forma mas positiva, alrededor del 23% de todos los países tenían protecciones contra la discriminación por orientación sexual, identidad de género y/o estatus serológico (7). Ahora, menos países penalizan las relaciones consensuales entre personas del mismo sexo que hace una década, aunque algunos países han introducido o reforzado leyes homofóbicas (10). Entre los países que recientemente han terminado con la criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se encuentran Angola, Bután, Botsuana, Gabón e India (10).

Hoy no impondríamos una ley en los libros que criminalice. . . a las personas que saben que están transmitiendo COVID pero se negaron a hacerse la prueba y se niegan a usar una máscara.

— Carol Ammons, Representante del Estado de Illinois, hablando ante la legislatura estatal que despenalizó la transmisión del VIH (16).

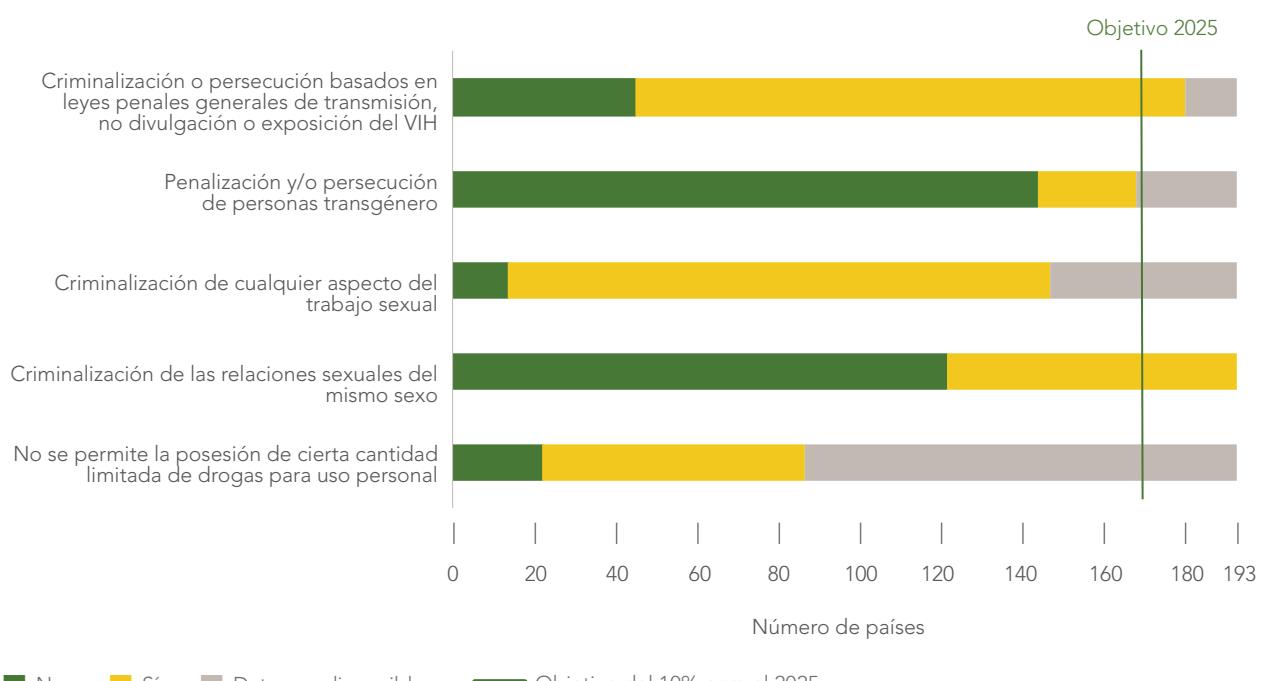


Crédito: ONUSIDA

Las protecciones legales y de otro tipo para las personas transgénero también se están volviendo más comunes. La Ley de Personas Transgénero de Pakistán de 2018 permitió que las personas transgénero cambiaran sus registros para reflejar su género y solicitar una licencia de conducir y un pasaporte. El Ministerio de Derechos Humanos de Pakistán está brindando capacitación a los trabajadores de la salud para reducir el estigma y la discriminación contra las personas transgénero, y un centro de protección de personas transgénero en Islamabad está llevando a cabo sesiones de sensibilización con la policía de Islamabad y Rawalpindi (11). Bélgica, Chile, Francia, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Portugal y Uruguay se encuentran entre los países que han abierto vías legales para cambiar los marcadores de género y los nombres sin el requisito de someterse a una cirugía de reasignación de género (12).

Algunos países también se están alejando de la criminalización de la transmisión del VIH o de la no divulgación del estatus seropositivo. En Filipinas, una campaña de una década llevó a la adopción de una nueva ley sobre el VIH a fines de 2018 que elimina la criminalización específica de la transmisión del VIH y garantiza la protección de los derechos humanos básicos de las personas que viven con VIH, incluyendo el acceso asequible a servicios de salud sin miedo a la discriminación (13). Colombia y México han derogado las leyes de criminalización del VIH, y Malawi optó por no incluir disposiciones penales en su nueva ley de VIH. En abril de 2021, la legislatura del estado de Illinois en los Estados Unidos de América votó para despenalizar la transmisión del VIH (14). Polonia, sin embargo, se ha movido en la dirección opuesta, enmendando su Código Penal de manera que permita sentencias más severas en casos de exposición al VIH (15).

FIGURA 6.1 | PAÍSES CON LEYES DISCRIMINATORIAS Y PUNITIVAS, MUNDIAL, 2021



Fuentes: Instrumento de Políticas y Compromisos Nacionales de ONUSIDA, 2017–2021 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>); complementado por fuentes adicionales (ver referencias en el anexo).

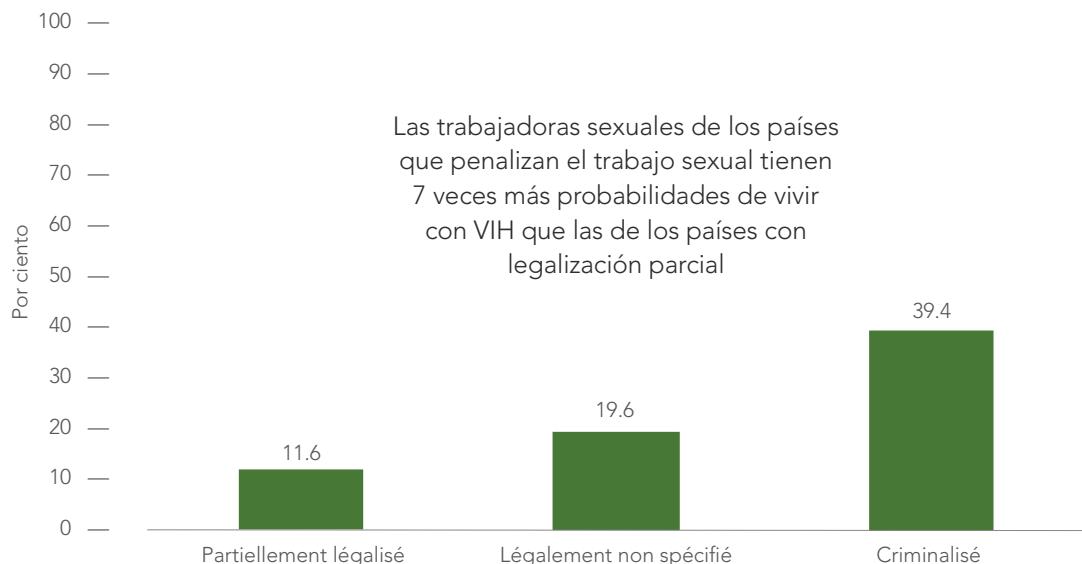
# DATOS SOBRE EL VIH

## La criminalización del trabajo sexual aumenta el riesgo de VIH

Los investigadores, incluyendo los de organizaciones dirigidas por trabajadores sexuales, han acumulado un sólido conjunto de evidencias que demuestran cómo las leyes penales relacionadas con el trabajo sexual, incluyendo las leyes que prohíben la compra de sexo, aumentan el riesgo de violencia y la transmisión del VIH y reducen el acceso a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento (17). Este conjunto de evidencias continua en aumento. Un estudio reciente de África subsahariana descubrió que la prevalencia del VIH entre los trabajadores sexuales era del 39% en los países que penalizaban el trabajo sexual en comparación con el 12% en los países donde el trabajo sexual estaba parcialmente legalizado (es decir, donde al menos un aspecto no estaba penalizado) (Figura 6.2) (4).

La aplicación estricta de las leyes punitivas agrava la situación: según un meta análisis de estudios, las trabajadoras sexuales que habían estado expuestas a cualquier tipo de vigilancia represiva tenían muchas más probabilidades de tener relaciones sexuales sin condón y de contraer el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS), y tres veces más probabilidades de ser agredidas física o sexualmente, que las trabajadoras sexuales que no estuvieron expuestas a tales prácticas (18). Estos hallazgos están en línea con una revisión del 2014 que estimó que la despenalización del trabajo sexual evitaría entre el 33% y el 46% de las infecciones por VIH entre las trabajadoras sexuales y sus clientes durante una década (3).

**FIGURA 6.2 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE LAS TRABAJADORAS SEXUALES, POR PAÍS, SITUACIÓN LEGAL DEL TRABAJO SEXUAL, 10 PAÍSES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA, 2011–2018**



Fuente: Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. El papel de las leyes de trabajo sexual y los estigmas en el aumento de los riesgos de VIH entre las trabajadoras sexuales, 2020. *Nat Commun.* 2020;11:773.

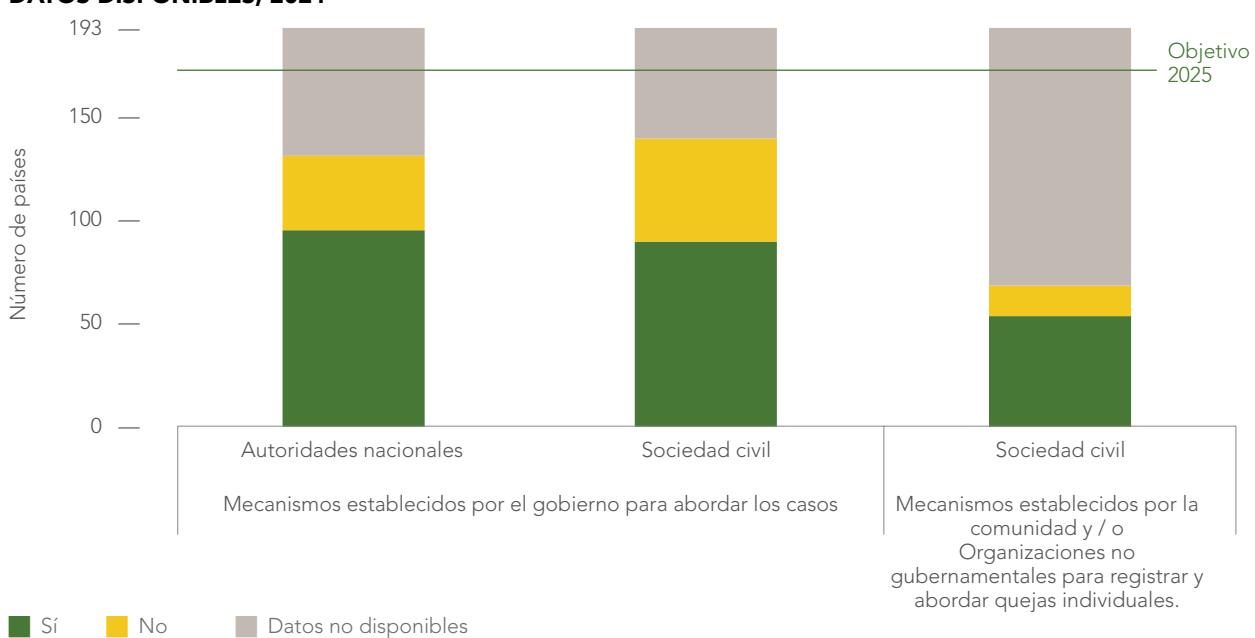
Nota: La situación jurídica del trabajo sexual en los países incluidos en este estudio se define y clasifica en función del enfoque jurídico. "Legalmente no especificado" incluye países en los que no existe una ley explícita que legalice o penalice la venta de sexo. El término "legalizado parcialmente" incluye a los países que han legalizado un aspecto o un mecanismo del trabajo sexual en circunstancias específicas, incluyendo el hecho de que sea legal vender o solicitar, al tiempo que dejan penalizados otros aspectos. "Criminalizado" incluye a los países en los que es ilegal vender sexo, solicitar sexo y organizar sexo comercial bajo cualquier circunstancia, y que han estipulado castigo conforme a la ley.

## Un compromiso para proteger los derechos y prevenir la violencia

Además de eliminar o restar prioridad a la aplicación de las leyes que castigan a las personas que viven con VIH y las poblaciones claves, es fundamental aumentar el acceso significativo a la justicia y la rendición de cuentas cuando sufren de discriminación y otras violaciones de derechos. En países con instituciones independientes de derechos humanos, por ejemplo, las personas que viven con VIH tienen más probabilidades de conocer su estatus serológico y de estar suprimidas viralmente (7).

La Declaración Política sobre el sida de 2021 incluye el compromiso de los Estados miembros de las Naciones Unidas de adoptar y hacer cumplir la legislación, las políticas y las prácticas que prevengan la violencia y otras violaciones de derechos contra las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, y de proteger sus derechos a la salud, educación y un nivel de vida adecuado. La nueva Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 exige que al menos el 90% de los países cuenten con mecanismos a través de los cuales las personas que viven con VIH y las poblaciones claves puedan denunciar el abuso y la discriminación y buscar indemnización. En el 2021, 95 de los 131 países informantes declararon que tales mecanismos formales establecidos por el gobierno estaban en ejecución (Figura 6.3). El monitoreo de la sociedad civil juega un papel fundamental para garantizar la rendición de cuentas y la indemnización. En 53 países, la sociedad civil informó que las comunidades y/o las organizaciones no gubernamentales habían establecido mecanismos para registrar y atender quejas individuales. En general, 116 (60%) países informaron que existía un mecanismo formal y/o informal para abordar casos o quejas individuales de discriminación relacionada con el VIH.

**FIGURA 6.3 | PAÍSES QUE INFORMAN TENER MECANISMOS ESTABLECIDOS PARA ABORDAR CASOS O QUEJAS INDIVIDUALES DE DISCRIMINACIÓN RELACIONADA CON EL VIH (BASADOS EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DEL VIH Y/O QUE PERTENECEN A UNA POBLACIÓN CLAVE), PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2021**



Fuente: Instrumento de Políticas y Compromisos Nacionales, 2017–2021.

Nota: El Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales consta de dos partes, la primera completada por las autoridades nacionales y la segunda por la sociedad civil y otros socios no gubernamentales que participan en la respuesta nacional.

## DATOS SOBRE EL VIH

# DATOS SOBRE EL VIH

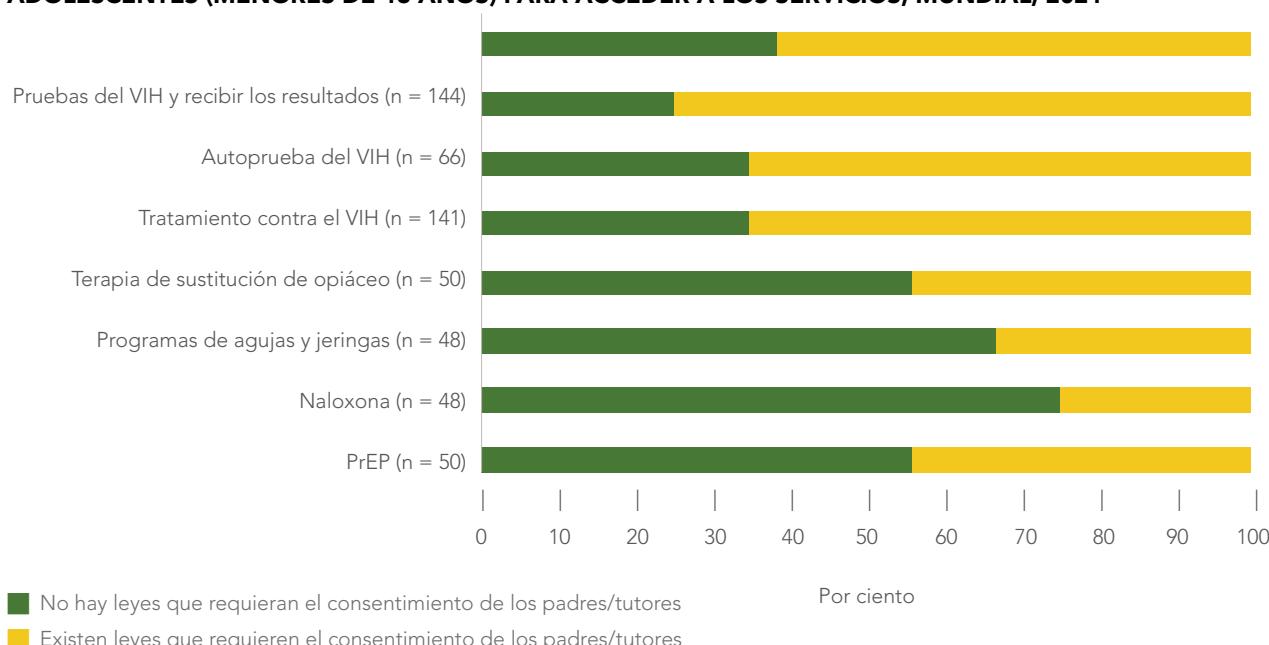
## Las leyes de consentimiento parental dejan a los adolescentes vulnerables al VIH

La actividad sexual a menudo inicia durante la adolescencia. Muchos países tienen leyes sobre la edad de consentimiento en relación con la actividad sexual que son incompatibles con las leyes sobre la edad mínima para acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva sin el permiso de los padres. Esto significa que los adolescentes pueden tener relaciones sexuales legalmente antes de que puedan acceder legalmente a cualquier información o servicios relacionados con prácticas sexuales más seguras o anticoncepción, lo que los deja en mayor riesgo de contraer VIH, otras ITS y embarazos no deseados (19).

Se ha demostrado que la eliminación de las leyes que requieren el permiso parental para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y la prevención, las pruebas y el tratamiento contra el VIH mejora los comportamientos relacionados con la búsqueda de la salud (20). Ese efecto es aún más fuerte cuando las escuelas pueden brindar educación sexual integral adecuada para la edad de las personas jóvenes para que puedan protegerse del VIH, las ITS, los embarazos no deseados y la violencia sexual y de género.

Cuarenta países informaron a ONUSIDA en el 2021 que tienen leyes que requieren el consentimiento de los padres/tutores para que los adolescentes accedan a anticonceptivos hormonales o de larga duración, 108 informaron que este consentimiento es necesario para realizarse la prueba del VIH, 43 para realizarse la autoprueba del VIH, 92 para el tratamiento contra el VIH y 22 para PrEP (Figura 6.4). Entre estos países, algunos proporcionan excepciones basadas en la madurez demostrada: 10 para los anticonceptivos hormonales o de larga duración, 15 para la prueba del VIH, ocho para la autoprueba y nueve para el tratamiento contra el VIH. La edad límite de las leyes de consentimiento parental varía según el servicio. La mayoría de los países que informaron tener requisitos para el consentimiento de los padres/tutores tenían un límite de edad de 18 años, con excepciones en unos pocos países donde los adolescentes de hasta 14 años podían acceder a un servicio sin el consentimiento de los padres/tutores, que variaba según el servicio.

**FIGURA 6.4 | PAÍSES CON REQUISITOS PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES PARA LOS ADOLESCENTES (MENORES DE 18 AÑOS) PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS, MUNDIAL, 2021**





*Crédito : ONUSIDA*

Se ha demostrado que la eliminación de las leyes que requieren el permiso parental para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva y la prevención, las pruebas y el tratamiento contra el VIH mejora los comportamientos relacionados con la búsqueda de la salud.

## Caso de Estudio

# LOS TRABAJADORES SEXUALES EN EUROPA ENFRENTAN MÁS DIFICULTADES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

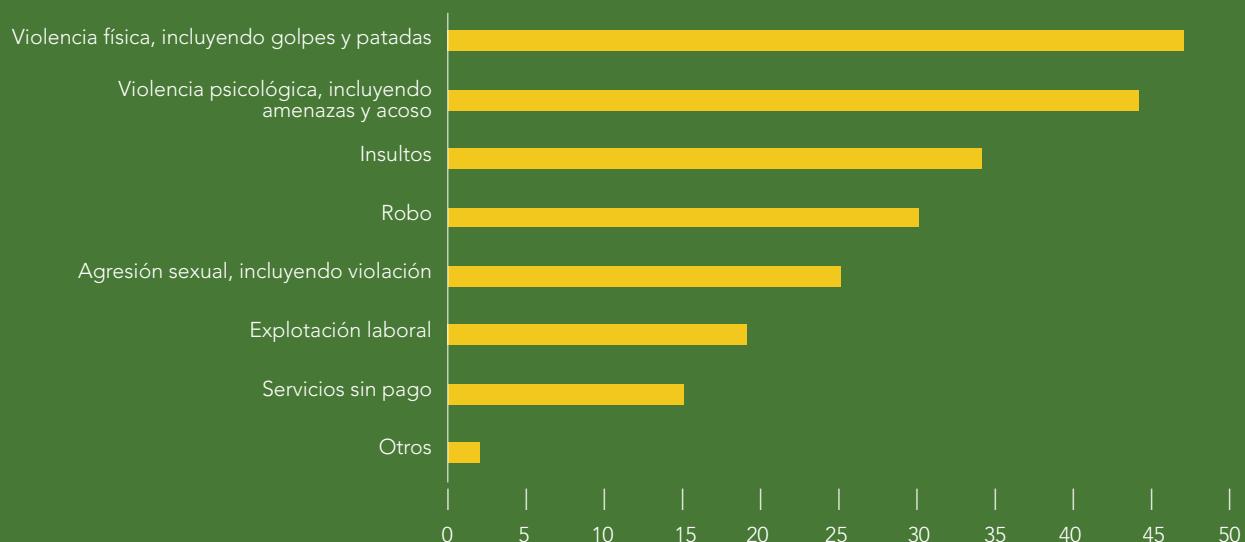
La continua criminalización del trabajo sexual en la mayoría de los países del mundo niega a las trabajadoras sexuales las redes de seguridad social utilizadas en tiempos de crisis. Los cierres, toques de queda y otras restricciones sociales durante la pandemia de COVID-19 han expuesto a las trabajadoras sexuales a dificultades y daños aún mayores.

Un estudio realizado en los países nórdicos señaló que los servicios de atención y el trabajo de difusión para las trabajadoras sexuales se redujeron debido a las restricciones relacionadas con COVID, y que muchos refugios de emergencia estaban cerrados (21). Un informe reciente del Comité Internacional sobre los Derechos de las Trabajadoras Sexuales en Europa (ICRSE) sugiere que las trabajadoras sexuales se encuentran entre las poblaciones más afectadas de manera desproporcionada por COVID-19 en Europa occidental debido a su exclusión social y económica, su trabajo en un sector que está criminalizado en gran parte de la región y porque muchas trabajadoras sexuales en Europa occidental son inmigrantes indocumentadas (22). Las entrevistas del ICRSE con sus organizaciones miembros determinaron que los cierres nacionales causaron una gran disminución en el número de clientes e ingresos de las trabajadoras sexuales, y que la mayoría de las trabajadoras sexuales no pudo acceder a los planes de apoyo gubernamentales (22).

Las trabajadoras sexuales migrantes, que se estiman que comprenden la mayoría de la población de trabajadoras sexuales en Europa occidental, parecen haberse visto especialmente afectadas en la mayoría de los países, ya que no tenían derecho a recibir apoyo social (22, 23). Las trabajadoras sexuales migrantes en Europa ya se enfrentan a altos niveles de discriminación y violencia. Las entrevistas del ICRSE con docenas de trabajadores sexuales migrantes en 10 países entre junio y diciembre de 2019 revelaron que más del 40% de las encuestadas dijeron que habían sido agredidas físicamente y/o psicológicamente, el 30% habían sido robadas y el 25% había sido agredida sexualmente. Más de un tercio de las trabajadoras sexuales migrantes que habían sido agredidas no habían denunciado los incidentes a la policía (23).

Existe evidencia sólida que respalda la despenalización del trabajo sexual como una forma de mejorar la salud y la seguridad de las trabajadoras sexuales, incluyendo las reducciones en el riesgo de contraer VIH (3, 24). Nueva Zelanda fue el primer país en despenalizar completamente el trabajo sexual en el 2003, luego de una exitosa campaña del Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda (25). Durante la pandemia de COVID-19, las trabajadoras sexuales de Nueva Zelanda solicitaron con éxito

**FIGURA 6.5 | PORCENTAJE DE TRABAJADORAS SEXUALES MIGRANTES QUE REPORTARON HABER EXPERIMENTADO INCIDENTES NEGATIVOS, 10 PAÍSES, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL, JUNIO A DICIEMBRE DE 2019**



Fuente: ¿Víctimas inmerecidas? Un informe comunitario sobre trabajadoras sexuales migrantes víctimas de delitos en Europa. Ámsterdam: Comité Internacional de los Derechos de las Trabajadoras Sexuales en Europa; 2020.

Nota: Se realizaron entrevistas con 47 trabajadoras sexuales en Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Rumanía.

subsidios salariales de emergencia que están disponibles para todos los trabajadores cuyos ingresos han caído al menos un 30% debido al coronavirus (26). Desde marzo de 2020, el trabajo sexual también se había legalizado o despenalizado en Aruba, partes de Australia, Austria, Bonaire, Ecuador, Alemania, Grecia, Países Bajos, Nevada (en los Estados Unidos de América), Niue, Perú, el Estado Plurinacional de Bolivia, Saint Maarten, Suiza, Taiwán, Turquía y Uruguay, según una investigación realizada por la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (27).

Canadá, Francia, Islandia, Noruega y Suecia se encuentran entre los países que criminalizan a los clientes de las trabajadoras sexuales, un enfoque a veces llamado el modelo de “demanda final”. A pesar de un cambio en el enfoque hacia los clientes, hay fuertes evidencias de que los resultados negativos para las trabajadoras sexuales son similares a los que están bajo plena criminalización del trabajo sexual, incluyendo la exposición continua a la violencia y al acoso policial, mayor inseguridad, menor capacidad para negociar relaciones sexuales más seguras o utilizar condones, y reducción del acceso a los servicios de salud y a los servicios dirigidos por la comunidad, lo que aumenta el riesgo de infección por VIH y otras infecciones (4, 28).

Más allá de los cambios legislativos nacionales, las estrategias creativas a nivel local pueden tener un gran impacto. En los Países Bajos, los municipios introdujeron una política de “entrada libre, salida libre” que permite a los migrantes en situación de inmigración irregular denunciar un delito y se les garantiza que abandonan la estación policial de forma libre sin ser arrestados ni detenidos. La política se ha adoptado en todo el país, aunque aún no está codificada en la legislación nacional (29). En junio de 2021, ONUSIDA publicó una breve hoja informativa sobre los derechos humanos, el VIH y el trabajo sexual en la que se describen los derechos, las normas y las recomendaciones internacionales relacionadas con el trabajo sexual y el VIH.

## Referencias

1. Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J et al. La respuesta global al VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *The Lancet*. 2016;388(10040):198-206.
2. Beyrer C, Crago A-L, Bekker L-G, Butler J, Shannon K, Kerrigan D et al. Una agenda de acción para el VIH y las trabajadoras sexuales. *The Lancet*. 2015;385(9964):287-301.
3. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Epidemiología global del VIH entre las trabajadoras sexuales: influencia de los determinantes estructurales. *The Lancet*. 2015;385(9962):55-71.
4. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. El papel de las leyes de trabajo sexual y los estigmas en el aumento de los riesgos de VIH entre las trabajadoras sexuales. *Nat Commun*. 2020;11(1):1-10.
5. Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley. El VIH y la ley: Riesgos, derechos y salud. Nueva York: PNUD; 2012 (<https://hivlawcommission.org/>).
6. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S et al. VIH y criminalización del consumo de drogas entre las personas que se inyectan drogas: una revisión sistemática. *Lancet HIV*. 2017;4:e357-e374.
7. Kavanagh M, Agbla SC, Pillinger M, Joy M, Case A, Erondu N et al. Ley, criminalización y VIH en el mundo: ¿los países que criminalizan han logrado respuestas más o menos exitosas a la pandemia de SIDA? Documento técnico pre impreso del Instituto O'Neill para la Salud Nacional y Global; 2021 (<https://www.hivpolicylab.org/documents/reports/hlm/PRE-PRINT%20 WHITE%20PAPER-Kavanagh%20et%20al-Law%20Criminalization%20%26%20HIV%20in%20the%20World-2021.pdf>).
8. Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley. Riesgos, derechos y salud: Suplemento. Nueva York: PNUD; 2018 (disponible visitando [https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN\\_2020.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf)).
9. Declaración conjunta de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la discriminación en los entornos de atención de la salud. Ginebra: ONUSIDA; 2017 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/ending-discrimination-healthcare-settings\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf)).
10. Homofobia patrocinada por el Estado: Actualización general de la legislación mundial, 2020. Ginebra: ILGA; 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_report\\_global\\_legislation\\_overview\\_update\\_December\\_2020.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf)).
11. Comunicación personal, Fahmida Khan, Asesora de Apoyo a la Comunidad de ONUSIDA, 15 de abril de 2021.
12. Informe mapa legal Trans. Reconocimiento ante la ley (3era edición). Ginebra: ILGA; 2019 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_World\\_Trans\\_Legal\\_Mapping\\_Report\\_2019\\_EN.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_World_Trans_Legal_Mapping_Report_2019_EN.pdf)).
13. Tendencias legales y políticas: impactando a las personas que viven con VIH y a las poblaciones claves en Asia y el Pacífico, 2014–2019. Ginebra: ONUSIDA; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf)).
14. Troncoso R. La Cámara del Estado de Illinois vota para despenalizar la transmisión del VIH. En: Daily Herald [Internet]. 16 de April de 2021 (<https://www.dailyherald.com/news/20210414/state-house-votes-to-decriminalize-hiv-transmission>).
15. Life4me+. Polonia: Se modificó el Código Penal del país para aumentar los casos de exposición al VIH. En: HIV Justice Network [Internet]. 6 de April de 2020. Ámsterdam: HIV Justice Foundation (<https://www.hivjustice.net/news-from-other-sources/ poland-countrys-criminal-code-amended-to-increase-sentencing-in-cases-of-hiv-exposure/>).
16. Troncoso R. La Cámara del Estado de Illinois vota para despenalizar la transmisión del VIH: The Pantagraph [Internet]. 15 de April de 2021. Bloomington (IL): The Pantagraph; c2021 ([https://www.pantagraph.com/news/state-and-regional/govt-and-politics/ illinois-house-votes-to-decriminalize-hiv-transmission/article\\_11df0bfa-048b-55fb-9261-35b801b5d09f.html](https://www.pantagraph.com/news/state-and-regional/govt-and-politics/ illinois-house-votes-to-decriminalize-hiv-transmission/article_11df0bfa-048b-55fb-9261-35b801b5d09f.html)).
17. VIH y trabajo sexual. Serie de hojas informativas sobre derechos humanos. Ginebra: ONUSIDA; 2021 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work_en.pdf)).
18. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Asociaciones entre las leyes de trabajo sexual y la salud de las trabajadoras sexuales: Revisión sistemática y metanálisis de estudios cuantitativos y cualitativos. *PLoS Med*. 2018;15:e1002680.

19. Mi cuerpo es mío. Nueva York: UNFPA; 2021 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021\\_Report\\_-\\_EN\\_web.3.21\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf)).
20. McKinnon B, Vandermorris A. Leyes nacionales de edad de consentimiento y pruebas de VIH en adolescentes en el África subsahariana: Un estudio emparejado por puntuación de propensión. Bull World Health Organ. 2019;97(1):42-.
21. Rendland A, Kock I, Bjørndahl U. La exclusión de las personas que venden servicios sexuales en el manejo de la pandemia de COVID-19: Experiencias de Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca. ProSentret; 2020 (<https://tampep.eu/excluding- persons-who-sell-sexual-services-in-the-handling-of-the-covid-19-pandemic-1/>).
22. Trabajadoras sexuales en primera línea. El papel de los grupos de derechos de las trabajadoras sexuales en la prestación de apoyo durante la crisis de COVID-19 en Europa. Ámsterdam: Comité Internacional sobre los Derechos de los Trabajadores Sexuales en Europa; 2021 (<https://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/files/Sex%20workers%20on%20the%20frontline-2.pdf>).
23. ¿Victimas que no lo merecen? Un informe comunitario sobre trabajadoras sexuales migrantes víctimas de delitos en Europa. Ámsterdam: Comité Internacional de los Derechos de las Trabajadoras Sexuales en Europa; 2020 (<http://www.sexworkeurope.org/sites/default/files/userfiles/ files/Undeserving%20victims%20-%20DIGITAL.pdf>).
24. McCann J, Crawford G, Hallett J. Resultados de salud de las trabajadoras sexuales en países de ingresos altos con entornos regulatorios variados: Una revisión sistemática. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):3956.
25. Aroney E. Cambiar mentes y cambiar leyes: cómo las trabajadoras sexuales de Nueva Zelanda y sus aliados moldearon la despenalización en Nueva Zelanda. Sex Res Soc Policy. 2021;Mar 23:1-16.
26. Sussman AL. "No hay que luchar por los centavos": La red de seguridad de Nueva Zelanda ayuda a las trabajadoras sexuales durante el encierro. En: The Guardian UK [Internet]. 28 de April de 2020. Guardian News y Media Limited; c2021 (<https://www.theguardian.com/ world/2020/apr/28/dont-have-to-fight-for-pennies-new-zealand-safety-net-helps-sex-workers-in-lockdown>).
27. Mapeo Global de las Leyes de Trabajo Sexual. En: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual [Internet]. Actualizado en marzo de 2020. Edimburgo - Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual; c2021 (<https://www.nswp.org/sex-work-laws-map>).
28. Shannon K, Crago AL, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR et al. La respuesta mundial y las acciones no cumplidas para el VIH y las trabajadoras sexuales. Lancet. 2018;392(10148):698-710.
29. Timmerman R, Leerkes A, Staring R. Informes seguros de delitos para migrantes con estatus irregular en los Países Bajos. Oxford - Centro sobre Migración, Política y Sociedad, Intercambio Global sobre Migración y Diversidad; 2019 (<https://www.compas.ox.ac.uk/wp-content/uploads/SR19-Netherlands-country-report.pdf>).

## 07

## ACABAR CON EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

**E**l miedo, la ignorancia y la desinformación sobre el VIH continúan circulando, a pesar de cuatro décadas de promoción y educación. Las personas que viven con VIH y otras poblaciones claves todavía se enfrentan con regularidad a múltiples formas de estigma y discriminación basadas en su estatus serológico y otras condiciones de salud, raza, género, orientación sexual, antecedentes económicos, consumo de drogas, participación en el trabajo sexual y la edad que socavan su salud, seguridad y dignidad, e impiden los esfuerzos para acabar con el sida.

Poner fin a este estigma y discriminación es un componente esencial de una respuesta al VIH basada en los derechos humanos. Las comunidades, incluyendo aquellas particularmente afectadas por el VIH y por la discriminación y otros abusos de los derechos humanos, tienen un papel clave que desempeñar en la lucha contra el estigma, poner fin a las desigualdades y proteger los derechos de manera más amplia. Asegurar su participación significativa es tanto un principio fundamental de derechos humanos como una necesidad práctica.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el sida de 2021 compromete nuevamente a los países a eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionados con el VIH, estableciendo un objetivo de que menos del 10% de las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, hayan experimentado estigma y discriminación para el 2025. La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 incluye los siguientes objetivos adicionales para el 2025:

- Menos del 10% de las personas que viven con VIH reportan estigma internalizado, y menos del 10% reportan haber experimentado estigma y discriminación en la atención médica y en los entornos comunitarios.
- Menos del 10% de los trabajadores de la salud reportan actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH.
- Menos del 10% de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los trabajadores de la salud reportan de actitudes negativas hacia las poblaciones claves.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Se utilizan indicadores múltiples para medir el progreso con respecto a estos objetivos. Se supone que el umbral del 10% debe alcanzarse dentro de cada uno de estos indicadores.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA DE 2021

- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, y respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH.
- Asegurar que menos del 10% de los países tengan marcos legales y políticos restrictivos que se dirijan injustamente a las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, y que conduzcan a la denegación o limitación del acceso a los servicios para el 2025.
- Adoptar y hacer cumplir las leyes, políticas y prácticas que previenen la violencia y otras violaciones de los derechos contra las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, y proteger su derecho al nivel más alto posible de salud física y mental, derecho a la educación y derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentos, vivienda, empleo y protección social, y que impidan el uso de leyes que los discriminén.
- Poner fin a la impunidad de las violaciones de los derechos humanos contra las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, mediante la participación significativa y la garantía de acceso a la justicia para ellos a través del establecimiento de programas de educación jurídica, el aumento de acceso al apoyo y representación legal y la ampliación de la capacitación de sensibilización de los jueces, fuerzas del orden, trabajadores de la salud, trabajadores sociales y otros garantes de derechos.
- Garantizar que menos del 10% de las personas que viven con VIH que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH, experimenten estigma y discriminación al 2025, incluyendo el aprovechamiento del potencial de I = I (indetectable = intransmisible).

En 52 de los 58 países con datos recientes de encuestas basadas en la población, más del 25% de las personas de 15 a 49 años de edad informaron que mantenían actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, y más del 50% mantuvieron actitudes discriminatorias en 36 de 58 países.

La Alianza Mundial de Acciones para Eliminar todas las Formas de Estigma y Discriminación relacionados con el VIH se estableció en el 2018 para garantizar que los compromisos conduzcan a acciones tangibles. En julio de 2021, 25 países se habían unido a la Alianza, comprometiéndose con intervenciones basadas en evidencia para poner fin al estigma y la discriminación en seis entornos (atención médica, hogares y comunidades, justicia, lugares de trabajo, educación y emergencias/humanitarios) durante cinco años.<sup>2</sup> ONUSIDA ha elaborado directrices para la implementación y el monitoreo y evalúa las intervenciones que pueden reducir el estigma y la discriminación, y también gestiona la asistencia técnica. Los países están utilizando los datos del Índice de estigma de las personas que viven con VIH, las evaluaciones del entorno legal, los resultados de las herramientas de evaluación de género y las conclusiones de las actividades de monitoreo dirigidas por la comunidad para diseñar y redefinir sus intervenciones. Los recursos movilizados a través de la Alianza están siendo utilizados por la Red Global de Personas que Viven con VIH (GNP +) para movilizar a las comunidades a que lideren el diseño, implementación y monitoreo de las acciones dentro de la iniciativa, y para convocar y colaborar con diversos grupos de la sociedad civil. Se lanzó una campaña global de redes sociales, #MoreThan en marzo de 2021 para dar a conocer los logros del país, incluyendo las reformas políticas y legales, y los nuevos mecanismos para abordar las violaciones de derechos humanos.

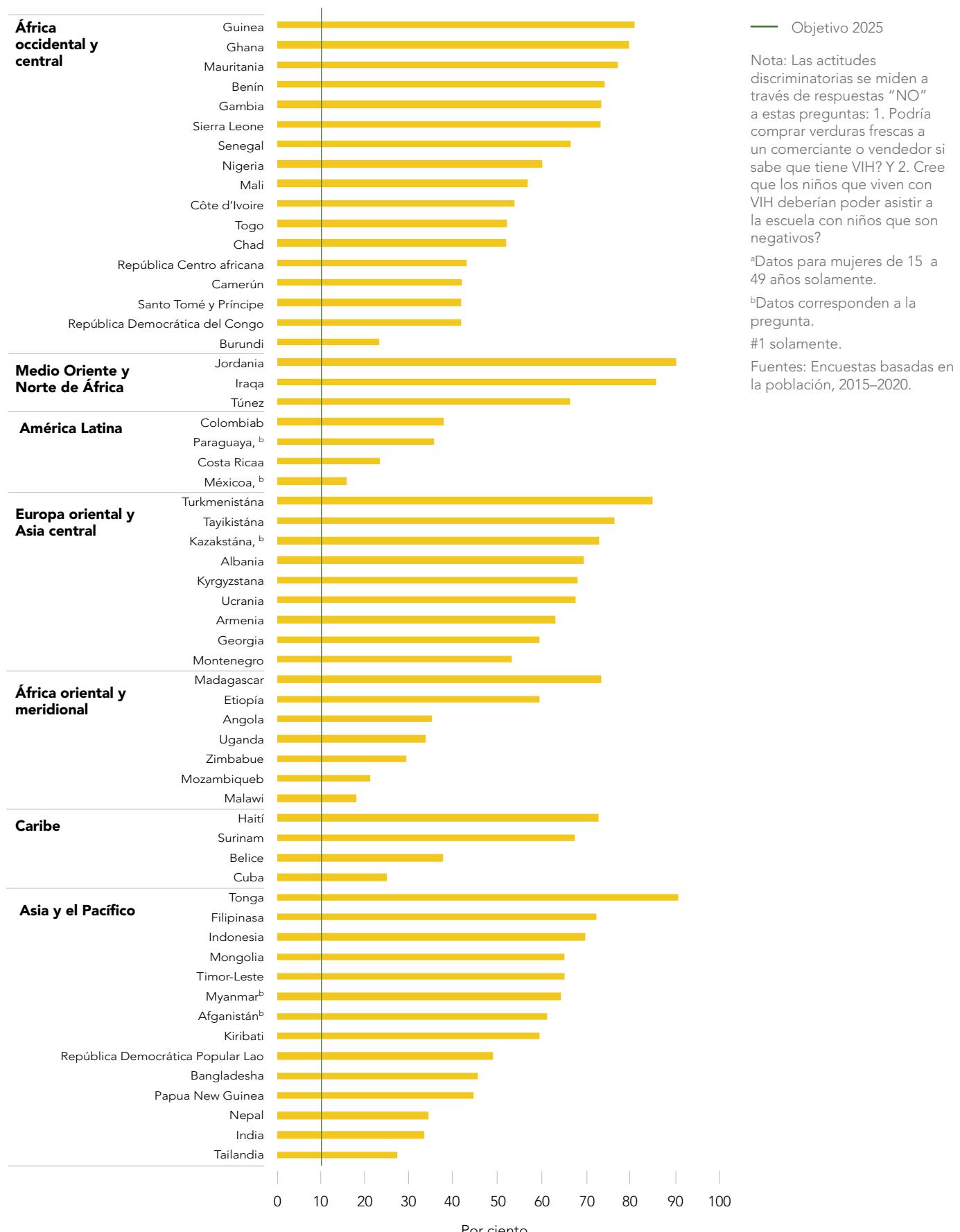
## DATOS SOBRE EL VIH

### Las actitudes discriminatorias continúan siendo comunes

La prevalencia de actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH varía ampliamente. En casi todas las regiones, hay países donde una gran proporción de personas adultas continúa manteniendo actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH. En 52 de 58 países con datos de encuestas recientes basadas en la población, más del 25% de las personas entre los 15 a 49 años informaron tener actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, y más del 50% mantenían actitudes discriminatorias en 36 de 58 países (Figura 7.1).

<sup>2</sup> Los 25 países son: Angola, Argentina, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Costa Rica, Gambia, Guinea, Guyana, Jamaica, Kazajstán, Kirguistán, Lesoto, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, la República Islámica del Irán, Liberia, Mozambique, Nepal, Papua Nueva Guinea, la República Democrática Popular Lao, la República de Moldavia, el Senegal, Sudáfrica, Tailandia, Uganda y Ucrania.

**FIGURA 7.1 | PORCENTAJE DE PERSONAS ENTRE 15 Y 49 AÑOS QUE REPORTAN TENER ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, 2015–2020**



## DATOS SOBRE EL VIH

Más de 100 encuestas del Índice de Estigma han entrevistado a más de 100 000 personas que viven con VIH, proporcionando información vital sobre las experiencias de las personas que viven con VIH en todo el mundo.

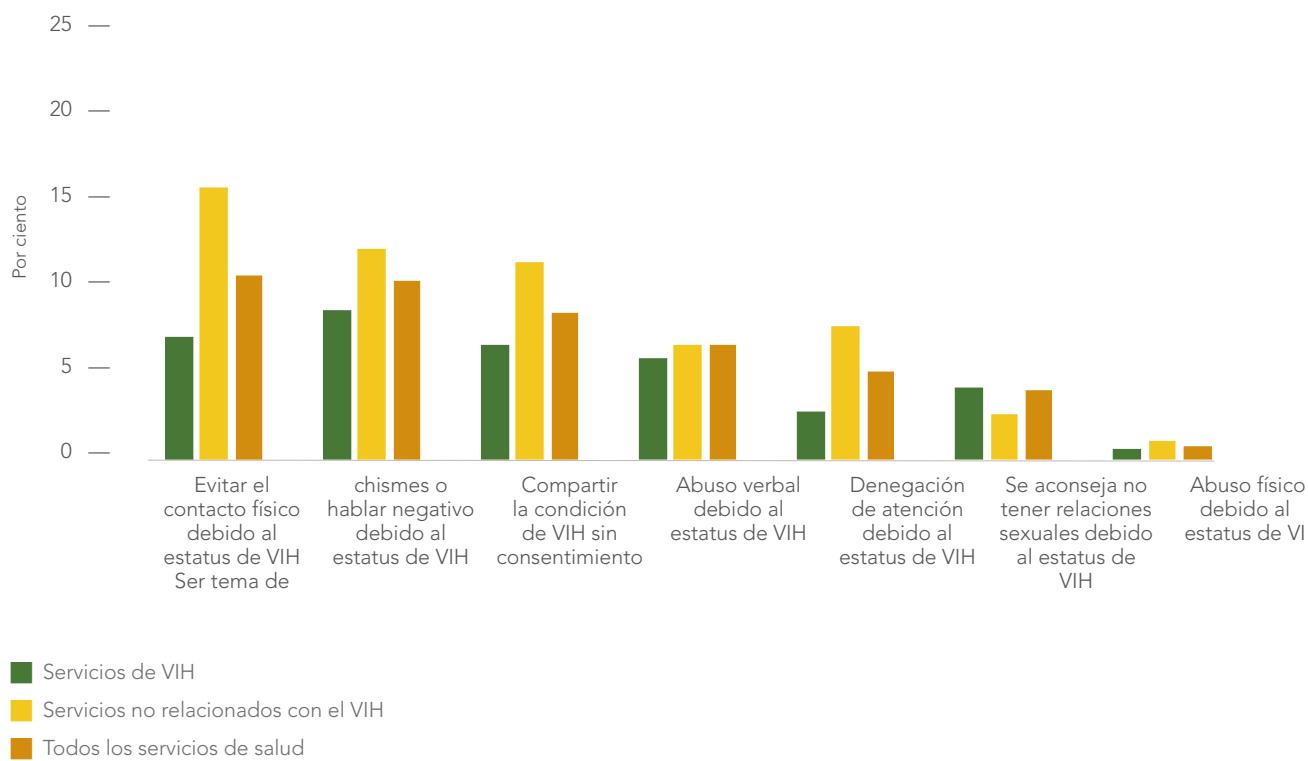
### El Índice de Estigma 2.0 rastrea las experiencias vividas

El Índice de Estigma de las personas que viven con VIH es una iniciativa de investigación dirigida por la comunidad que recopila datos sobre las diversas formas de estigma y discriminación que experimentan las personas que viven con VIH. Las encuestas proporcionan evidencia confiable que guía la promoción y otras acciones para eliminar esos impedimentos. El Índice de Estigma es gestionado por la Asociación Internacional de PVVIH (una coalición liderada por GNP +), la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH y ONUSIDA, con el apoyo de la Universidad Johns Hopkins.

La iniciativa Stigma Index se lanzó en el 2008. Desde entonces, más de 100 encuestas han entrevistado a más de 100 000 personas que viven con VIH, proporcionando información vital sobre las experiencias de las personas que viven con VIH en todo el mundo. En el 2020, se desarrolló y lanzó una metodología actualizada, el Stigma Index 2.0, con el apoyo del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). La metodología de investigación 2.0 se fortaleció para crear un enfoque de muestreo estandarizado para recopilar datos que es comparable entre países y en el tiempo dentro de los países. También se ha fortalecido la capacidad de las comunidades de personas que viven con VIH para emprender investigaciones y actividades de promoción dirigidas por la comunidad.

Entre las violaciones de derechos rastreadas por el Índice de Estigma se encuentran las experiencias de estigma y discriminación en los entornos de atención de la salud. Estos abusos adoptan muchas formas, desde actitudes críticas o parciales hasta violaciones de la confidencialidad, apoyo deficiente y retraso o negación del tratamiento. Desalientan a las personas a buscar atención médica cuando la necesitan, degradan la calidad de la atención que reciben y socavan tanto la confianza en los servicios de salud como la adherencia a los consejos y tratamientos médicos, lo que da resultados deficientes de salud física y mental para las personas que viven con VIH (1-3). Estas experiencias continúan siendo comunes en muchos países, y los miembros de las poblaciones claves que viven con VIH son especialmente propensos a ser estigmatizados o discriminados cuando buscan atención médica (4, 5). En Ucrania, uno de cada seis encuestados (17%) en una encuesta del Índice de Estigma 2.0 de 2020 informó haber experimentado estigma y discriminación en entornos de atención médica relacionados con VIH en los últimos 12 meses, siendo particularmente común evitar el contacto físico y los chismes o comentarios negativos (Figura 7.2).

**FIGURA 7.2 | PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE REPORTAN HABER EXPERIMENTADO ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN EN ENTORNOS DE ATENCIÓN DE SALUD, UCRANIA, 2020**



Fuente: Ucrania Índice de Estigma de las personas que viven con VIH, 2020.

*Nadezhda Kilar trabaja como asesora y mentora en la República de Moldavia para ayudar a las mujeres que viven con VIH a comprender e identificar sus problemas, aprender sobre sus derechos y obtener apoyo en la lucha contra la violencia y la discriminación.*

*Crédito: Alena Shpak*

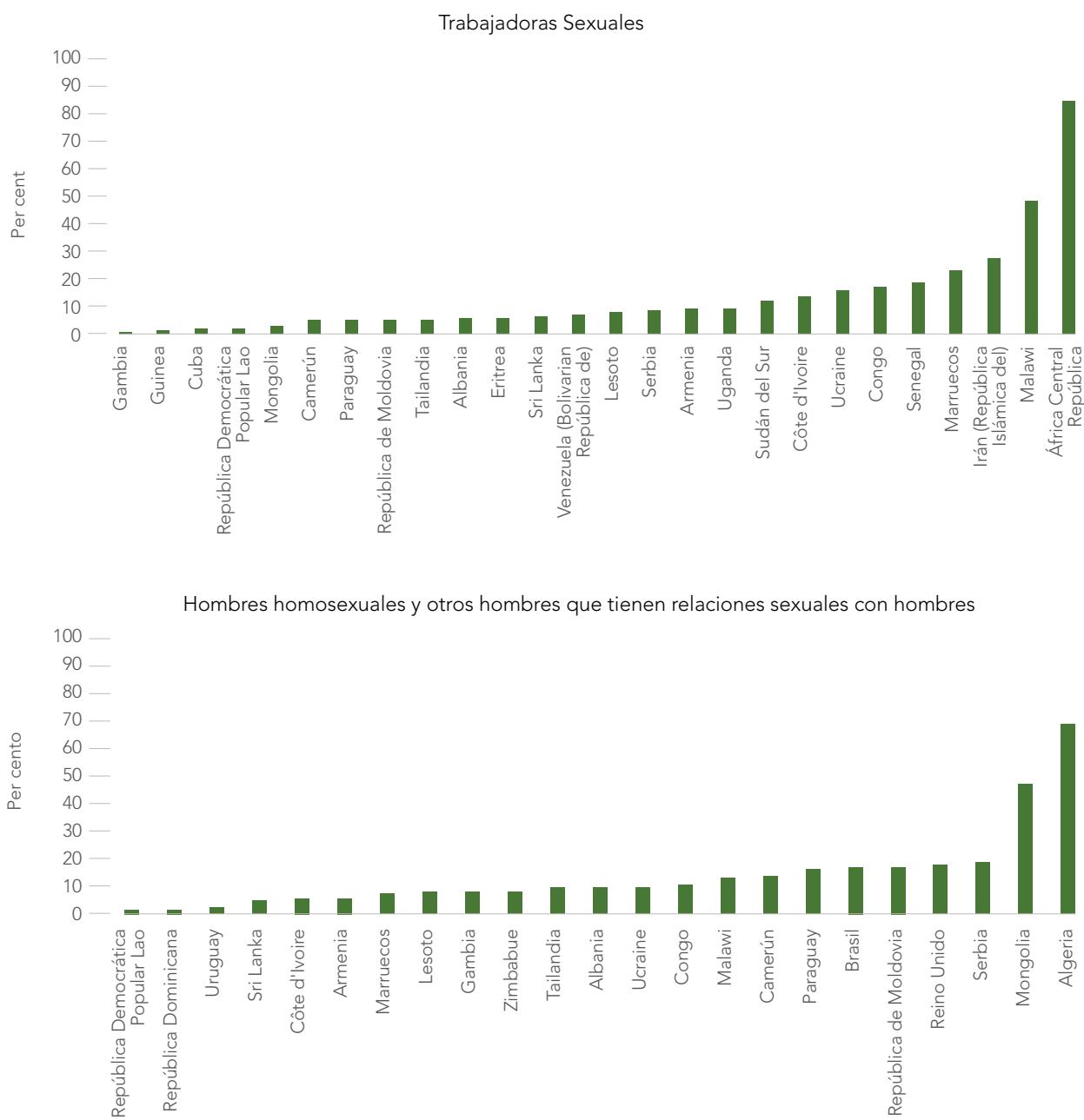


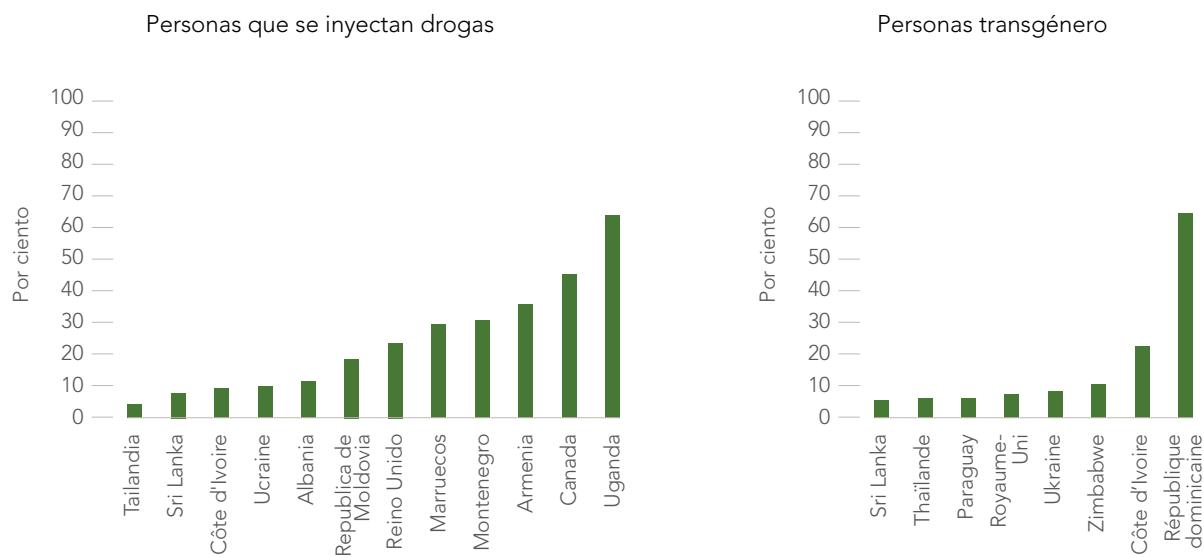
# DATOS SOBRE EL VIH

## Muchas poblaciones claves evitan los servicios de salud

El estigma y la discriminación se encuentran entre las muchas barreras que separan a las poblaciones claves de los servicios de atención médica de calidad que necesitan. Esto socava tanto su salud como su capacidad para gestionar enfermedades y emergencias sanitarias con éxito. Las experiencias discriminatorias dentro de los entornos de atención de la salud pueden ser especialmente comunes y perjudiciales (5–9). Los datos de los países reportados a ONUSIDA muestran que las proporciones de personas pertenecientes a poblaciones claves que evitan los servicios de atención médica debido al estigma y/o la discriminación siguen siendo desconcertantemente altos (Figura 7.3). En todas las poblaciones claves, al menos uno de cada tres países informantes declaró que más del 10% de los encuestados evitaban la atención médica, incluyendo tres de cada cuatro países para las personas que se inyectan drogas

**FIGURA 7.3 | EVASIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD, POR GRUPO DE POBLACIÓN, PAÍSES INFORMANTES, 2017–2020**





Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

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

En todas las poblaciones claves, al menos uno de cada tres países informantes declaró que más del 10% de los encuestados evitaban la atención médica, incluyendo tres de cada cuatro países para las personas que se inyectaban drogas.

Crédito: ONUSIDA

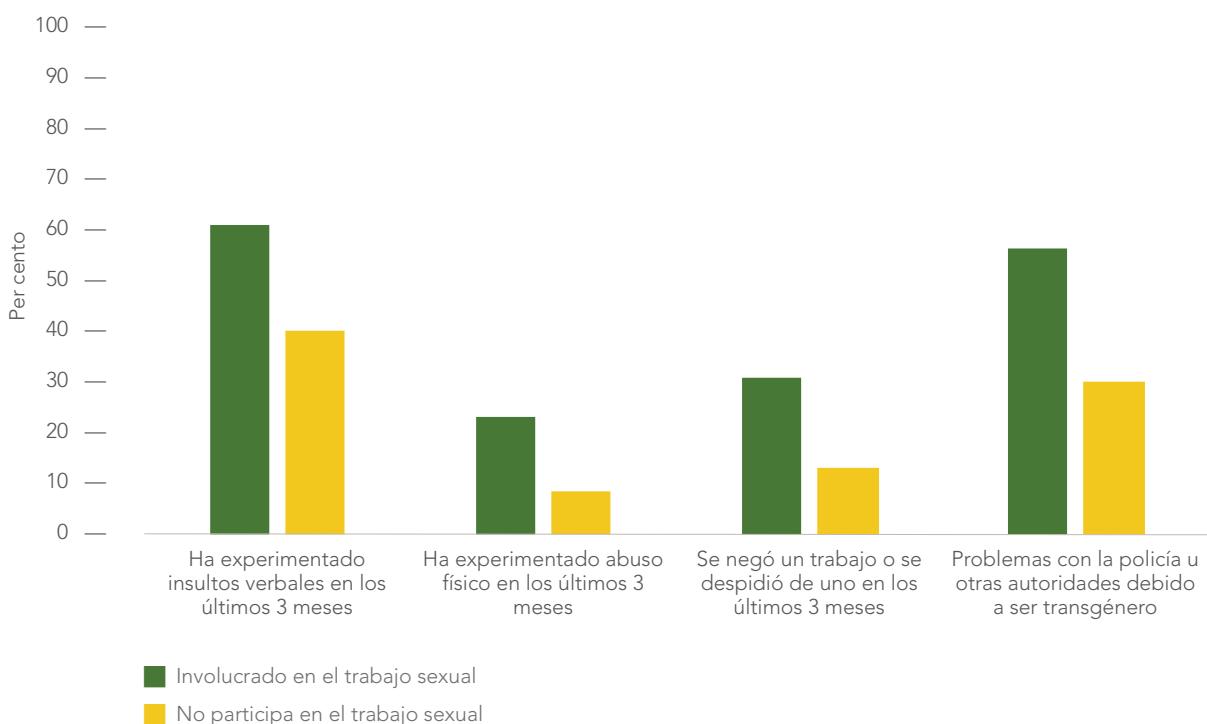


# DATOS SOBRE EL VIH

## Las trabajadoras sexuales transgénero enfrentan abusos frecuentes

La discriminación, el abuso, el acoso y la violencia son experiencias angustiosamente comunes para las personas transgénero (10). Las mujeres transgénero que también se dedican al trabajo sexual tienen aún más probabilidades de ser sometidas a dicho trato, como se muestra en un estudio de la República Dominicana (Figura 7.4). Otras investigaciones del Caribe muestran que, para las personas transgénero, dicha discriminación y abuso con frecuencia también resultan en violencia, mientras que una revisión sistemática de 41 estudios ha destacado la relación entre las experiencias de estigma y discriminación de las mujeres transgénero y su vulnerabilidad al VIH (11, 12).

**FIGURA 7.4 | ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN ENTRE LAS MUJERES TRANSGÉNERO, POR PARTICIPACIÓN EN TRABAJO SEXUAL, REPÚBLICA DOMINICANA, 2015**

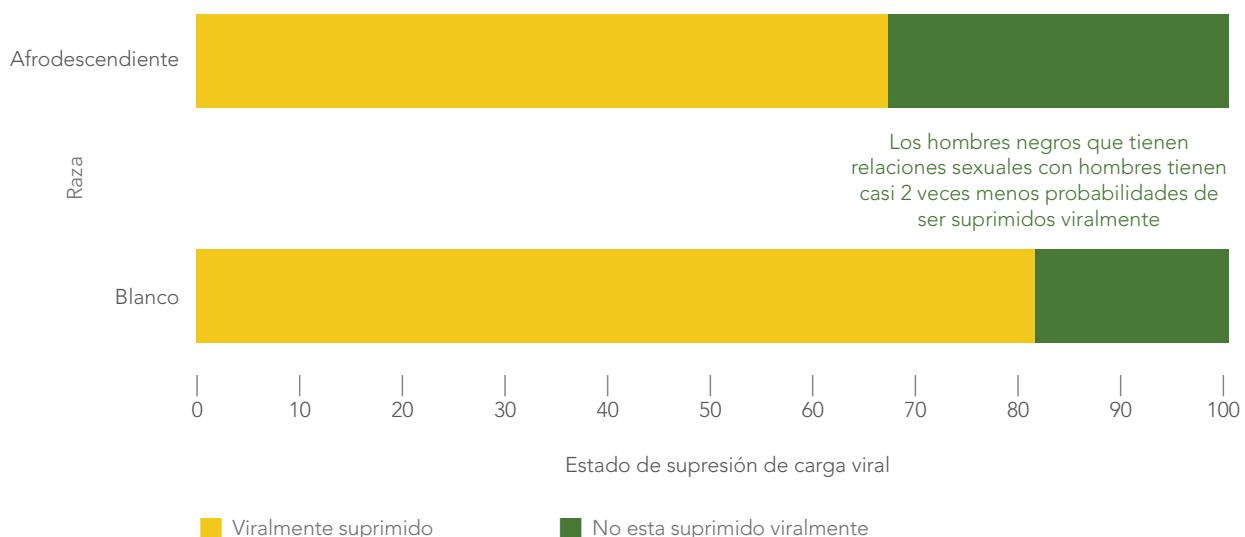


Fuente: Milner AN, Hearld KR, Abreau N, Budhwani H, Rodriguez-Lauzurique RM, Paulino-Ramirez R. Trabajo sexual, apoyo social y estigma: Experiencias de mujeres transgénero en la República Dominicana. *Int J Transgend*. 2019;20(4):403-12.

## La discriminación racial causa peores resultados de salud

Las personas afrodescendientes en los Estados Unidos de América representan un porcentaje desproporcionadamente grande de nuevas infecciones por VIH: 41% en el 2019, aunque representan solo alrededor del 13% de la población total del país (13-18). La gran mayoría (76%) de las infecciones por VIH entre las personas estadounidenses afrodescendientes en el 2019 fueron entre hombres, la mayoría de las cuales (82%) fueron entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (14). Los estudios también informan sobre importantes disparidades raciales en los resultados del tratamiento del VIH, con retraso en el inicio del tratamiento y la atención, menor adherencia a la terapia antirretroviral, estigma y discriminación, desconfianza o falta de acceso a los proveedores de atención médica y acceso inadecuado al seguro médico entre los factores contribuyentes (19-22). Un estudio reciente de la ciudad de Atlanta, Estados Unidos de América, señala niveles significativamente más bajos de supresión viral entre los hombres homosexuales estadounidenses afrodescendientes VIH positivos y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en comparación con sus homólogos blancos (Figura 7.5). El estudio atribuye las disparidades principalmente a la falta de acceso equitativo a la atención médica y a una vivienda estable, problemas que tienen sus raíces en la discriminación social y las injusticias más generalizadas (23).

**FIGURA 7.5 | SUPRESIÓN DE LA CARGA VIRAL ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES, POR RAZA, ATLANTA, ESTADOS UNIDOS, 2016-2017**



Fuente: Sullivan PS, Knox J, Jones J, Taussig J, Graves MV, Millet G et al. Comprensión de las disparidades en la supresión viral entre los HSH afrodescendientes que viven con VIH en Atlanta, Georgia. J Int AIDS Soc. 2021 (abril);24(4):e25689.

# DATOS SOBRE EL VIH

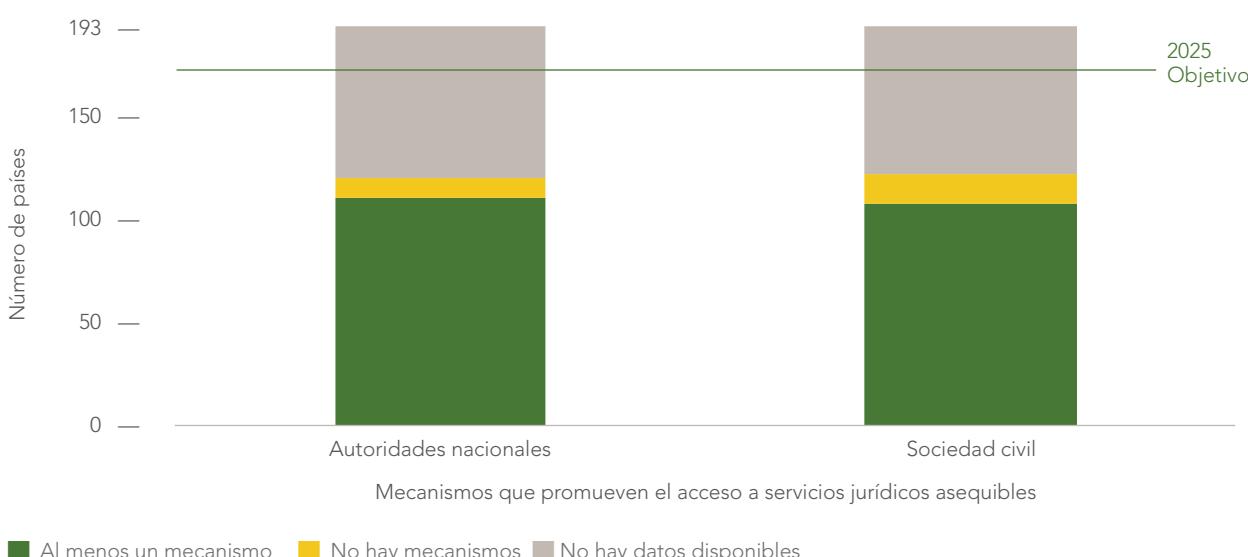
## Los servicios jurídicos permiten actuar contra el estigma y la discriminación

La protección contra la discriminación y la capacidad de buscar una indemnización legal efectiva por la discriminación y otras violaciones de derechos empoderan a las personas para hacer ejercer sus derechos y también pueden mejorar su acceso a los servicios relacionados con el VIH. La Declaración Política sobre el Sida de 2021 compromete a los países a poner fin a la impunidad de las violaciones a los derechos humanos contra las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo o afectadas por el VIH mediante el establecimiento de programas de alfabetización jurídica, el aumento del acceso al apoyo legal para las personas afectadas y la ampliación de la formación de sensibilización para jueces, agentes del orden público, trabajadores de la salud y otros entes responsables.

La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 establece varios objetivos específicos para los países. Requiere que para el 2025, menos del 10% de los países carezcan de mecanismos para que las personas que viven con VIH y las poblaciones claves denuncien el abuso y la discriminación e indemnización, y que menos del 10% de esas poblaciones carezcan de acceso a servicios legales. La Estrategia también establece el objetivo de que más del 90% de las personas que viven con VIH que sufrieron abusos de derechos hayan solicitado indemnización para el 2025.

Tanto las autoridades nacionales como la sociedad civil en la mayoría de los países informantes alegan que actualmente existe al menos un mecanismo para acceder a servicios legales asequibles (Figura 7.6). Los tipos de mecanismos que están más comúnmente disponibles en los países son los sistemas de asistencia legal aplicables al trabajo de casos de VIH, asistentes legales comunitarios y servicios legales pro bono proporcionados por bufetes de abogados privados.

**FIGURA 7.6| PAÍSES CON MECANISMOS ESTABLECIDOS PARA PROMOVER EL ACCESO A SERVICIOS JURÍDICOS ASEQUIBLES, 2017–2021**



Fuente: Instrumento de Políticas y Compromisos Nacionales, 2017–2021.

Nota: El Instrumento de Política y Compromisos Nacionales consta de dos partes, la primera completada por las autoridades nacionales y la segunda por la sociedad civil y otros socios no gubernamentales que participan en la respuesta nacional.

## Referencias

1. Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Múltiples formas de discriminación y estigma internalizado comprometen la retención en la atención del VIH entre adolescentes: Resultados de una cohorte sudafricana. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(5):e25488.
2. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en entornos de salud: Una revisión sistemática de la evidencia cuantitativa. *PLoS One.* 2019;14(1):e0211298.
3. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impacto del estigma relacionado con el VIH en la adherencia al tratamiento: Revisión sistemática y meta síntesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18640.
4. Costa AB, B de Moura Filho J, M Silva J, A Beloqui J, Espindola Y, de Araujo CF et al. Estigma y discriminación relacionados con el VIH en la población clave y en general en entornos de atención de salud específicos para el VIH: resultados del índice de estigma Brasil. *AIDS Care.* 2021;23:1-5.
5. Lancaster KE, Cernigliaro D, Zulliger R, Fleming PF. Experiencias de atención y tratamiento del VIH entre trabajadoras sexuales que viven con VIH en el África subsahariana: Una revisión sistemática. *Afr J AIDS Res.* 2016;15(4):377-86.
6. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Proporcionar servicios integrales de salud a poblaciones claves jóvenes: Necesidades, barreras y brechas. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.
7. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A et al. Estrategias utilizadas por las personas que se inyectan drogas para evitar el estigma en entornos de salud. *Drug Alcohol Depend.* 2019;198:80-6.
8. Vaitses Fontanari AM, Zanella GI, Feijó M, Churchill S, Rodrigues Lobato MI, Costa AB. Atención relacionada con el VIH para personas transgénero: Revisión sistemática de estudios de todo el mundo. *Soc Sci Med.* 2019;230:280-94.
9. Arreola S, Santos GM, Beck J, Sundararaj M, Wilson PA, Hebert P et al. Estigma sexual, criminalización, inversión y acceso a los servicios de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en todo el mundo. *AIDS Behav.* 2015;19(2):227-34.
10. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E et al. Carga sanitaria mundial y necesidades de las poblaciones transgénero: un repaso. *The Lancet.* 2016;388:412-36.
11. Encuesta de vigilancia de comportamiento con vinculación serológica, realizada (01). Gran santo domingo: provincia santo domingo y el distrito nacional; 2018.
12. Evens E, Lanham M, Santi K, Cooke J, Ridgeway K, Morales G et al. Experiencias de violencia basada en el género entre trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero en América Latina y el Caribe: Un estudio cualitativo para informar la programación del VIH. *BMC Int Health Hum Rights.* 2019;19(1):9.
13. Magno L, Silva LAVD, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Estigma y discriminación relacionadas con la identidad de género y la vulnerabilidad al VIH/SIDA entre mujeres transgénero: Una revisión sistemática. *Cad Saude Publica.* 2019;35(4):e00112718.
14. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Estimación de la incidencia y prevalencia del VIH en los Estados Unidos, 2015–2019. Informe complementario de vigilancia del VIH. 2021;26(1).
15. Datos breves de la Oficina del Censo de EE. UU. [Base de datos]. Washington (DC): Oficina del Censo de los Estados Unidos (<https://www.census.gov/>).
16. Millett GA, Peterson JL, Wolitski RJ, Stall R. Mayor riesgo de infección por VIH en hombres negros que tienen relaciones sexuales con hombres: Una revisión crítica de la literatura médica. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1007-19.
17. Sullivan PS, Rosenberg ES, Sanchez TH, Kelley CF, Luisi N, Cooper HL et al. Explicación de las disparidades raciales en la incidencia del VIH en hombres blancos y negros que tienen relaciones sexuales con hombres en Atlanta, GA: Estudio prospectivo de cohortes observacional. *Ann Epidemiol.* 2015;25(6):445-54.
18. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Diagnósticos de infección por VIH en los Estados Unidos y áreas dependientes, 2018 (actualizado). Informe de vigilancia del VIH. 2020;31.
19. Dailey AF, Johnson AS, Wu B. Resultados de atención del VIH entre negros con VIH diagnosticado – Estados Unidos, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(4):97-103.
20. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Disparidades raciales/étnicas y de edad en la prevalencia del VIH y la progresión de la enfermedad entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en los Estados Unidos. *Am J Public Health.* 2007;97(6):1060-6.
21. Oh DL, Sarafian F, Silvestre A, Brown T, Jacobson L, Badri S et al. Evaluación de la adherencia y los factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral combinada entre hombres blancos, hispanos y negros en la cohorte MACS. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52(2):290-3.
22. Lyons SJ, Dailey AF, Yu C, Johnson AS. Resultados de la atención entre personas negras o afroamericanas con diagnóstico de VIH en áreas estadísticas rurales, urbanas y metropolitanas: 42 jurisdicciones de EE. UU., 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(7):229-35.
23. Sullivan PS, Knox J, Jones J, Taussig J, Graves MV, Millet G et al. Comprensión de las disparidades en la supresión viral entre los HSH negros que viven con VIH en Atlanta, Georgia. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(4):e25689.

# 08

## PROTECCIÓN SOCIAL

**E**l Objetivo de Desarrollo Sostenible 1.3 hace un llamado a la cobertura sustancial de los pobres y vulnerables por parte de los sistemas nacionales de protección social (1). Los gobiernos nacionales tienen la responsabilidad de garantizar al menos un nivel básico de seguridad social —una red de protección social— para todos como parte de sus sistemas de protección social (2, 3). En las últimas dos décadas, los mecanismos de protección social han proliferado en muchos países de ingresos bajos y medios.

Al abordar las desigualdades en la raíz de la marginación y la vulnerabilidad, la protección social facilita la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades esenciales y mitigar los riesgos que enfrentan en tiempos de crisis. Existe una evidencia sólida y establecida de que las intervenciones de protección social pueden ayudar a mejorar la salud de las personas, acceso a la educación, bienestar, ahorro y autonomía económica y autosuficiencia (4). Estas medidas también pueden permitir que las mujeres participen más plenamente en la economía, lo que promueve el desarrollo social y económico (5).

La protección social sensible al VIH aumenta el uso de los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH al reducir algunas de las cargas financieras y otros obstáculos que enfrentan las personas al acceder a los servicios relacionados con el VIH. La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el Sida de 2021 exige que para el 2025, el 45% de las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH tengan acceso a los beneficios de protección social de acuerdo con la legislación nacional. Sin embargo, pocos países están garantizando en la actualidad un fácil acceso a esa protección social.

La pandemia de COVID-19 ha resaltado la necesidad vital de contar con sistemas de protección social sólidos. Los países han iniciado o ampliado miles de intervenciones de asistencia social y mercado laboral como parte de sus respuestas al COVID-19, y los niveles de gasto nacional en protección social han aumentado. Sin embargo, la mayor parte del gasto adicional se ha producido en países de ingresos altos y medio altos (6). También se estima que menos del 20% de las intervenciones de protección social relacionadas con COVID-19 son sensibles al género y se enfocan en mejorar la seguridad económica de las mujeres y/o abordar las necesidades de trabajo de cuidado no remunerado (5).



Una mujer cuyo marido vive con VIH organiza productos en su puesto de venta en Dodoma, República Unida de Tanzania.  
Crédito: ONUSIDA

## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

- Proporcionar a todos los niños y adolescentes que viven con VIH un continuo de atención y protección social apropiadas para el desarrollo que han demostrado mejorar los resultados psicosociales y de salud a medida que crecen y progresan durante la juventud y la edad adulta.
- Ampliar las intervenciones de protección social para las niñas y las mujeres jóvenes.
- Adoptar y hacer cumplir las leyes, políticas y prácticas que protegen los derechos de las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentos, vivienda, empleo y protección social adecuados.
- Garantizar que el 45% de las personas que viven con y están en riesgo de contraerlo, y están afectadas por el VIH y sida, tengan acceso a los beneficios de protección social de acuerdo con la legislación nacional.

La protección social sensible al VIH aumenta el uso de los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH al reducir las cargas financieras y otros obstáculos a estos servicios.

Se están realizando varios esfuerzos para incluir a las personas que viven con VIH y las poblaciones claves en medidas a corto plazo para mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19. En República Dominicana, 15 002 personas que viven con VIH, poblaciones claves y sus familiares fueron incluidos en el sistema nacional establecido para apoyar a las personas del sector informal que enfrentaban pérdidas de ingresos debido a COVID-19 (7). En Perú, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) apoyaron los esfuerzos para proporcionar transferencias de efectivo a 836 familias de personas que viven con VIH, poblaciones claves, pacientes con tuberculosis, migrantes y refugiados para que pudieran pagar alimentos, medicinas y alojamiento (7). Un esfuerzo similar apoyado por el Fondo Mundial y el PMA en Suazilandia proporcionó transferencias de efectivo a los hogares de 2507 personas que viven con VIH y 3567 huérfanos y niños vulnerables (7).



ONUSIDA, PMA y la organización no gubernamental APEVIHS entregan apoyo alimentario y nutricional a las mujeres que viven con VIH en Coatepeque y Retalhulehu, Guatemala.

Crédito: ONUSIDA

## Muchos países están actualmente por debajo de la meta de 2025

Se estima que solo alrededor del 45% de la población mundial está efectivamente cubierta por al menos un beneficio de protección social, y el 55% restante, hasta 4 mil millones de personas, quedó desprotegido a partir del 2019 (8). Las personas que viven con VIH y otras poblaciones claves se encuentran entre las que a menudo se quedan atrás. La meta para el 2025 de que el 45% de las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y afectadas por el VIH tengan acceso a los beneficios de protección social tiene como objetivo eliminar esta disparidad.

El panorama más completo del acceso a la protección social para las personas que viven con, están en riesgo de contraer y están afectadas por el VIH es proporcionado por las Evaluaciones de Impacto del VIH basadas en la Población (PHIA) que hasta ahora se han realizado en 14 países del África Subsahariana y Haití.<sup>1</sup> Entre los países con datos de PHIA disponibles (Figura 8.1), la proporción estimada de la población total (a nivel del hogar) cubiertos por al menos un beneficio de protección social osciló entre el 5.2% en Etiopía y el 42% en Suazilandia. Varía del 7.3% en Zambia al 46% en Namibia entre las mujeres que viven con VIH, y del 6.4% en Zambia al 40% en Namibia entre los hombres que viven con VIH. La cobertura de protección social entre las adolescentes y las mujeres jóvenes fue del 20% o menos en siete de los países, y superó el 40% en Namibia y Suazilandia. La cobertura de las trabajadoras sexuales fue uniformemente baja. Las mujeres que viven con VIH en Namibia y los huérfanos y los niños, niñas adolescentes y mujeres jóvenes vulnerables en Suazilandia tienen un nivel estimado de cobertura de protección social que cumple la meta del 2025. Estos ejemplos demuestran que la meta del 2025 es alcanzable.

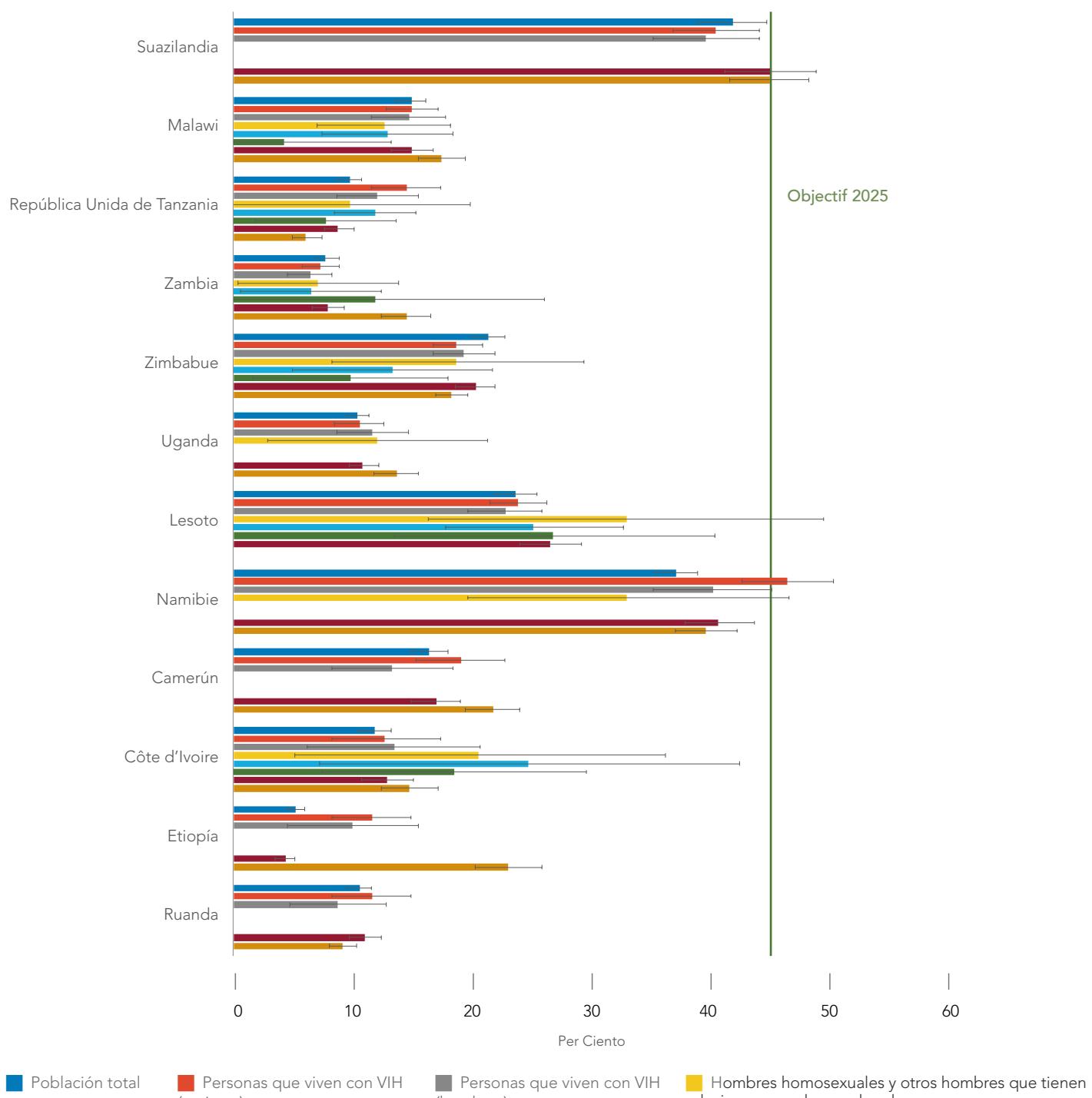
## DATOS SOBRE EL VIH

Hasta 4 mil millones de personas se vieron privadas de los beneficios de protección social en el 2019. Las personas que viven con VIH y otras poblaciones claves se encuentran entre las que a menudo se dejan atrás.

---

<sup>1</sup> Otras encuestas basadas en la población que miden la cobertura de protección social pueden no preguntar sobre el estatus del VIH o su identificación como miembro de una población clave. Las encuestas que evalúan los resultados entre las poblaciones claves, como las encuestas de vigilancia bioconductual integrada, no incluyen actualmente preguntas sobre protección social. No hubo datos relevantes para las personas que se inyectan drogas o las personas transgénero en ninguno de los países con datos de protección social disponibles.

FIGURA 8.1 | PREVALENCIA ESTIMADA POR HOGARES DE CUALQUIER AYUDA ECONÓMICA EXTERNA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR PAÍS Y GRUPO DE POBLACIÓN, 2015–2018<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Apoyo económico externo combinado para el hogar en los últimos 12 meses incluye: pensión social; apoyo material o financiero para la vivienda; asistencia alimentaria proporcionada en el hogar o institución externa; apoyo a la generación de ingresos en efectivo o en especie (por ejemplo, insumos agrícolas); apoyo material para la educación (por ejemplo, uniformes, libros escolares, educación, apoyo a la matrícula y becas); asistencia para la matrícula escolar; transferencia de efectivo (por ejemplo, pensión, subsidios por discapacidad y subsidio por hijos); y otros apoyos. Denominador: Todos los adultos entrevistados  $\geq 15$  años incluidos en las definiciones de grupos de población clave. Numerador: Quienes indicaron cobertura de protección social.

<sup>b</sup> Apoyo escolar, social, material, emocional y médico combinado. Denominador: Niños  $<18$  años, condicionado a que el niño, la madre biológica y/o el padre biológico hayan estado muy enfermos durante al menos tres meses durante los últimos 12 meses (demasiado enfermos para trabajar o realizar actividades normales). Numerador: Aquellos que indicaron haber recibido manutención de menores en los últimos 12 meses. Nota: Los datos de Suazilandia, Namibia y Ruanda se refieren a los últimos tres meses; no se incluyó ninguna variable de 12 meses en los conjuntos de datos. Las estimaciones de los trabajadores sexuales masculinos en Malawi, Zambia y Zimbabwe, y de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Côte d'Ivoire, se basan en personas de 25 a 49 años y, por lo tanto, deben interpretarse con cautela.

Fuente: Encuestas de evaluación del impacto del VIH basadas en la población (PHIA), 2015-2018.



Los niños de una pequeña escuela comunitaria en Korioumé, Malí, sostienen sus lecciones.

Crédito: OCHA/Eva Sabbagh

Las intervenciones de protección social pueden ayudar a mejorar la salud de las personas, el acceso a la educación, bienestar, ahorro y autonomía económica y autosuficiencia.

## Caso de Estudio

# EL COACHING EMPRESARIAL TRAE UN NUEVO ESPÍRITU A LAS PERSONAS TRANSGÉNERO EN INDONESIA

A lo largo de los años, Lenny Sugiharto ha intentado, y ha fracasado, varias veces para hacer realidad su sueño de tener su propia pequeña empresa con éxito. Lo que ella no hizo fue rendirse.

Al igual que otras personas transgénero en Yakarta, Indonesia, la Sra. Sugiharto experimenta discriminación social extrema, sobre todo en el mercado laboral o cuando intenta desarrollar habilidades a través de la capacitación. Como resultado, muchos en la comunidad transgénero viven vidas precarias que amenazan su salud y seguridad física, poniéndolos en mayor riesgo de infección por VIH. Los datos de la encuesta sugieren que casi el 12% de las 35 000 personas transgénero estimadas en Indonesia viven con VIH (9, 10).

La pandemia de COVID-19 ha dejado a la comunidad transgénero en Indonesia aún más insegura económicamente. Esto llevó a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a intensificar sus esfuerzos para apoyar empresas sostenibles a través del coaching empresarial para personas transgénero.

La OIT colaboró con dos organizaciones de coaching empresarial, Action Coach y Business and Export Development Organization, para diseñar e implementar el curso. Con operaciones en tres ciudades de Indonesia (Bandung, Yakarta y Yogyakarta), el programa de coaching proporciona a las nuevas empresas dirigidas por personas transgénero las habilidades y los conocimientos básicos que necesitan para impulsar sus negocios y vincularse con las pequeñas y medianas empresas existentes (11). También ayuda a los aspirantes a operadores de pequeñas empresas a elaborar un plan de negocios, seleccionar lugares potenciales, evaluar los costos operativos y de puesta en marcha y fijar precios.

La Sra. Sugiharto fue una de las 12 candidatas seleccionadas en el 2020 para dos meses de coaching intensivo. Las organizaciones transgénero locales ayudaron a establecer los criterios de elegibilidad y guiaron la selección de los participantes. Durante ocho semanas, ella y las demás personas participantes asistieron a una serie de talleres en línea y recibieron capacitación individual semanal. Los temas abarcaron desde el desarrollo de planes de negocios, promoción de productos y mercadeo en línea hasta contabilidad, realización de estimaciones de costos y aprendizaje de técnicas para generar confianza.

La Sra. Sugiharto decidió consolidar su pequeño restaurante en Yakarta, donde serviría comidas caseras a sus clientes. Ella elaboró un plan de negocios, elaboró su menú y calculó los costos operativos, que luego utilizó para obtener apoyo financiero por parte de la Fundación Srikandi Sejati.



*Participantes en cursos de coaching empresarial diseñados e implementados por Action Coach y Business and Export Development Organization en Yogyakarta, Indonesia. Crédito: OIT Indonesia*

En febrero de 2021, tres meses después de completar su curso, estaba dándole la bienvenida a los clientes a su nuevo restaurante, Warung Makcik, en la sección Matraman al este de Yakarta. En unas pocas semanas, su menú de platos locales atraía negocio por un valor de 20 a 50 dólares estadounidenses (entre 200 000 y 500 000 rupias indonesias) por día

“Siento un nuevo espíritu después de recibir el coaching empresarial intensivo: más confianza para iniciar el negocio y más motivada para aprender del mismo”, dice la Sra. Sugiharto. Utilizando las técnicas compartidas durante el coaching, ha estado probando y agregando nuevos elementos al menú, que también están disponibles a través de una aplicación de pedidos para ordenar en línea.

Otras cuarenta y cinco personas transgénero recibieron un coaching similar en el 2020. Entre ellos se encontraba Balqis Callista Maharani, quien pasó de vender productos a tiempo parcial a sus contactos de redes sociales a administrar su propia tienda virtual, A&L Shop, en un mercado en línea. En lugar de vender solo unos pocos artículos al día, tuvo que contratar a dos asistentes para administrar y enviar los pedidos de los clientes de todo el país.

Arumce Mariska, una empresaria transgénero de 36 años de Yogyakarta, anteriormente enfocó su negocio en el tinte shibori, produciendo moda y bufandas listas para usar. Debido a la pandemia, sus ventas disminuyeron drásticamente. “Empecé a perder mis ingresos e inicié a usar mis ahorros para mis gastos diarios”, dijo.

Después de tomar el curso de coaching, aprendió a transformar sus creaciones en productos premium utilizando un colorante orgánico natural en lugar de un colorante sintético. También comenzó con contabilidad, mejoró su servicio al cliente y se unió al mercado digital. “Aprendiendo cosas nuevas de los practicantes [...] fue una experiencia maravillosa para enriquecer mis habilidades”, dice.

El coaching empresarial también ha permitido a los participantes construir nuevos vínculos con otras personas emprendedoras locales, un paso importante hacia la creación de un entorno más solidario y respetuoso para la comunidad transgénero, y para derribar las barreras que enfrenta.

## Referencias

1. Transformación de nuestro mundo: La Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. A/RES/70/1. Nueva York (NY) - Naciones Unidas; 2015.
2. Convención sobre la seguridad social (normas mínimas) de la Organización Internacional del Trabajo, 1952 (No. 102) ([https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS\\_205340/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205340/lang--en/index.htm)).
3. Organización Internacional del Trabajo Recomendación sobre las redes de protección social (No. 202) ([https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS\\_205341/lang--en/index.htm#:~:text=The%20Social%20Protection%20Floors%20Recommendation,accessible%20to%20all%20in%20need](https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/legal-advice/WCMS_205341/lang--en/index.htm#:~:text=The%20Social%20Protection%20Floors%20Recommendation,accessible%20to%20all%20in%20need)).
4. Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T. Transferencias en efectivo: ¿Qué dicen las pruebas? Una revisión rigurosa del impacto del programa y del papel de las características de diseño e implementación. Londres: Overseas Development Institute; 2016.
5. Alfers L, Holmes R, McCrum C, Quarterman L. Género y protección social en la recuperación económica del COVID-19: Oportunidades y desafíos. Londres: Enfoques de protección social para COVID-19 Expert Advice Service (SPACE); 2021 ([https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SPACE\\_Gender%20and%20Social%20Protection%20in%20the%20COVID\\_19%20Economic%20Recovery.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SPACE_Gender%20and%20Social%20Protection%20in%20the%20COVID_19%20Economic%20Recovery.pdf)).
6. Lind J, Roelen K, Sabates-Wheeler R. Protección social, COVID-19 y construir de nuevo y mejor. IDS Bulletin. 2021;52(1):45- 64.
7. Intervenciones de VIH y protección social que cambian la vida en una era COVID-19. Ginebra: ONUSIDA, OIT, PMA; 2021 (próxima publicación).
8. Informe sobre la protección social en el mundo, 2017–2019: Protección social universal para lograr los objetivos de desarrollo sostenible. Ginebra: OIT; 2020 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---public/documents/publication/wcms\\_604882.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---public/documents/publication/wcms_604882.pdf)).
9. Encuesta biológica y conductual integrada, 2018–2019. Yakarta: Ministerio de Salud [Indonesia]; 2019.
10. Estimaciones claves del tamaño de la población, 2019. Yakarta: Ministerio de Salud [Indonesia]; 2019.
11. Coaching empresarial para ayudar a los empresarios transgénero a prosperar durante la pandemia. En: ILO.org [Internet]. 28 May 2021. ILO; c1996–2021 ([https://www.ilo.org/jakarta/info/public/pr/WCMS\\_795435/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/jakarta/info/public/pr/WCMS_795435/lang--en/index.htm)).



# IV ACELERAR LA ACCIÓN SOBRE LAS PANDEMIAS Y LA SALUD MUNDIAL



## 09

# INVERSIONES PARA ACABAR CON EL SIDA

**A**cabar con el sida no será posible sin un financiamiento sustancial a través de mayores inversiones nacionales, compromisos internacionales revitalizados y una asignación más eficiente de los recursos disponibles.

La inversión insuficiente en las respuestas al VIH de los países de ingresos bajos y medios fue una de las principales razones por las que se no se cumplieron los objetivos mundiales para el 2020: la disponibilidad de recursos financieros en el 2020 fue un 29% menor que los US\$26 mil millones (en cifras constantes de 2016 en dólares estadounidenses) que los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron a movilizar anualmente para el 2020.<sup>1,2</sup> Los US\$21.5 mil millones (dólares estadounidenses de 2019) en recursos disponibles en los países de ingresos bajos y medios en el 2020 también estuvieron muy por debajo de los US\$29 mil millones de objetivo de inversión para el 2025 que se estableció en la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el sida de 2021.

<sup>1</sup> El grupo de países de ingresos bajos y medios incluyendo en las estimaciones de disponibilidad y necesidades de recursos de este capítulo sigue la clasificación del nivel de ingresos del Banco Mundial para el 2020, que incluye a los países anteriormente clasificados como de ingresos altos.

<sup>2</sup> El porcentaje de déficit en comparación con el objetivo de 2020 utiliza una estimación de disponibilidad de recursos de 2020 (US\$18.5 mil millones) medido en dólares estadounidenses constantes de 2016 para que coincida con los objetivos de recursos de la Declaración Política para poner fin al SIDA de 2016. Las otras estimaciones de disponibilidad y necesidades de recursos en este capítulo se miden en dólares americanos constantes de 2019, de acuerdo con los objetivos de recursos de la Declaración Política sobre el SIDA de 2021.

Las asignaciones de recursos variaron según la región y el área del programa. En África oriental y meridional y América Latina, los recursos para el VIH disponibles en el 2020 igualaron o incluso superaron las necesidades totales de recursos de esas regiones. Sin embargo, una proporción considerable de estos recursos no se asignó a las áreas del programa o las poblaciones que enfrentan las mayores brechas, lo que limitó el impacto. Las estimaciones de las necesidades de recursos de ONUSIDA suponen una asignación eficiente de recursos, reducciones en los costos unitarios de los productos básicos y la prestación de servicios, y la eliminación de fondos para los servicios que no tienen un impacto comprobado en la reducción de las infecciones por VIH o las muertes relacionadas con el sida.

Las brechas de recursos fueron particularmente amplias en Europa del Este y Asia Central (que está luchando con una epidemia de VIH en rápido crecimiento), el Medio Oriente y África del Norte (que aún no ha controlado su epidemia) y Asia y el Pacífico (donde las nuevas infecciones por VIH están disminuyendo a un ritmo muy lento).

Una brecha de recursos común en casi todas las regiones es el financiamiento para la prevención del VIH entre las poblaciones claves con mayor riesgo de infección por VIH. Invertir en la prevención combinada del VIH para niñas adolescentes y mujeres jóvenes es de vital importancia en áreas del África subsahariana donde la incidencia del VIH es particularmente alta entre la población general. La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 exige que las inversiones totales en servicios de prevención primaria en los países de ingresos bajos y medios casi se dupliquen de los US\$5.3 mil millones en gastos estimados en el 2019 a unos US\$9.5 mil millones en el 2025.

La Declaración Política sobre el sida de 2021 también pide mayores inversiones en facilitadores sociales, incluyendo la eliminación de leyes y políticas punitivas, la eliminación del estigma y la discriminación, el acceso a la justicia y la coacción sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible pertinentes y la garantía de la igualdad de género. Estas inversiones deben aumentar a US\$3.1 mil millones en países de ingresos bajos y medios para el 2025.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

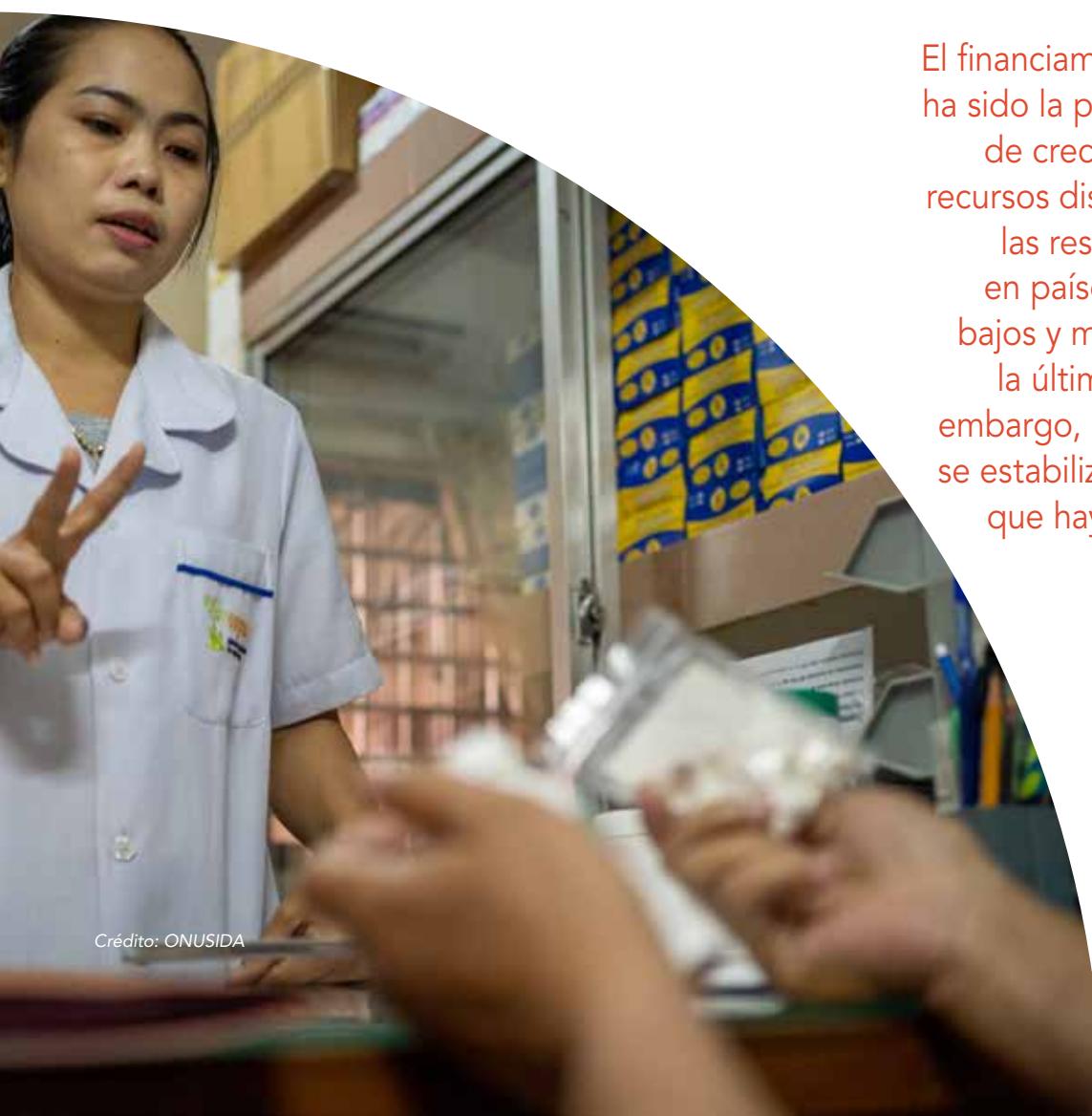
- Aumentar y financiar plenamente la respuesta al VIH movilizando financiamiento de todas las fuentes, incluyendo financiamiento innovador, y mejorando la solidaridad global y aumentando las inversiones anuales sobre el VIH en países de ingresos bajos y medios a US\$ 29 mil millones para el 2025.
- Movilizar recursos nacionales sostenibles adicionales para las respuestas al VIH mediante una amplia gama de estrategias y enfoques, entre ellos: asociaciones público-privadas; financiación de la deuda, alivio de la deuda, reestructuración de la deuda y gestión racional de la deuda; tributación progresiva; lucha contra la corrupción y eliminación de los flujos financieros ilícitos; e identificar, congelar y recuperar activos robados y devolverlos a sus países de origen.
- Asegurar la integración progresiva del financiamiento de las respuestas al VIH en el financiamiento nacional para la salud, protección social, respuestas de emergencia y respuestas a pandemias.
- Complementar los recursos nacionales a través de la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular para financiar las necesidades de recursos restantes, especialmente para las respuestas al VIH en países con capacidad fiscal limitada, y aquellos cuyas economías se han visto gravemente afectadas por la pandemia de COVID-19.
- Cumplir los compromisos de asistencia oficial para el desarrollo y aumentar el porcentaje de asistencia oficial para el desarrollo de la respuesta al VIH.
- Movilizar plenamente las necesidades de recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria mediante sus conferencias de reposición.
- Invertir en facilitadores sociales—incluyendo la protección de los derechos humanos, la reducción del estigma y la discriminación y la reforma de la ley, cuando sea apropiado—en países de ingresos bajos y medios a US\$ 3.1 mil millones para el 2025.

## DATOS SOBRE EL VIH

### El financiamiento nacional se está estancando

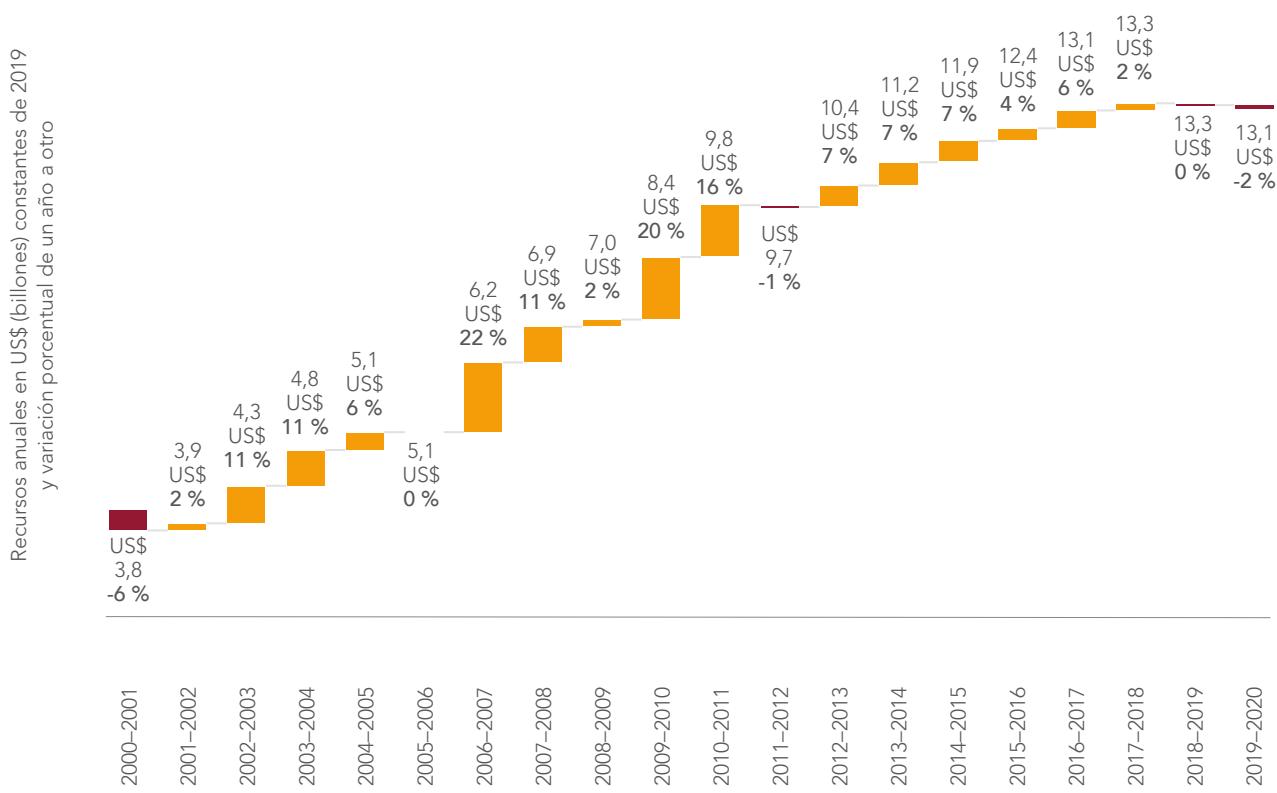
Los recursos totales disponibles para las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios alcanzaron su punto máximo en el 2017, muy por debajo del objetivo del 2020. Luego disminuyeron levemente del 2018 al 2020. El financiamiento nacional (público y privado), que había sido la principal fuente de crecimiento de los recursos disponibles para las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios durante la última década, se ha estabilizado desde entonces y puede haber iniciado a declinar (Figura 9.1).

Los recursos internacionales para las respuestas al VIH en los países de ingresos bajos y medios aumentaron de manera constante entre la primera sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la pandemia de 2001 y la crisis financiera de 2007-2008. Luego, las contribuciones internacionales totales disminuyeron y se recuperaron levemente después de la crisis, el inicio de una serie de fluctuaciones que no supusieron un crecimiento general durante 10 años (Figura 9.2). Dentro de las contribuciones totales de los donantes, aumentaron los desembolsos relacionados con el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), los recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) se mantuvieron relativamente estables y los desembolsos de otros donantes internacionales han disminuido aproximadamente a la mitad desde el 2010.



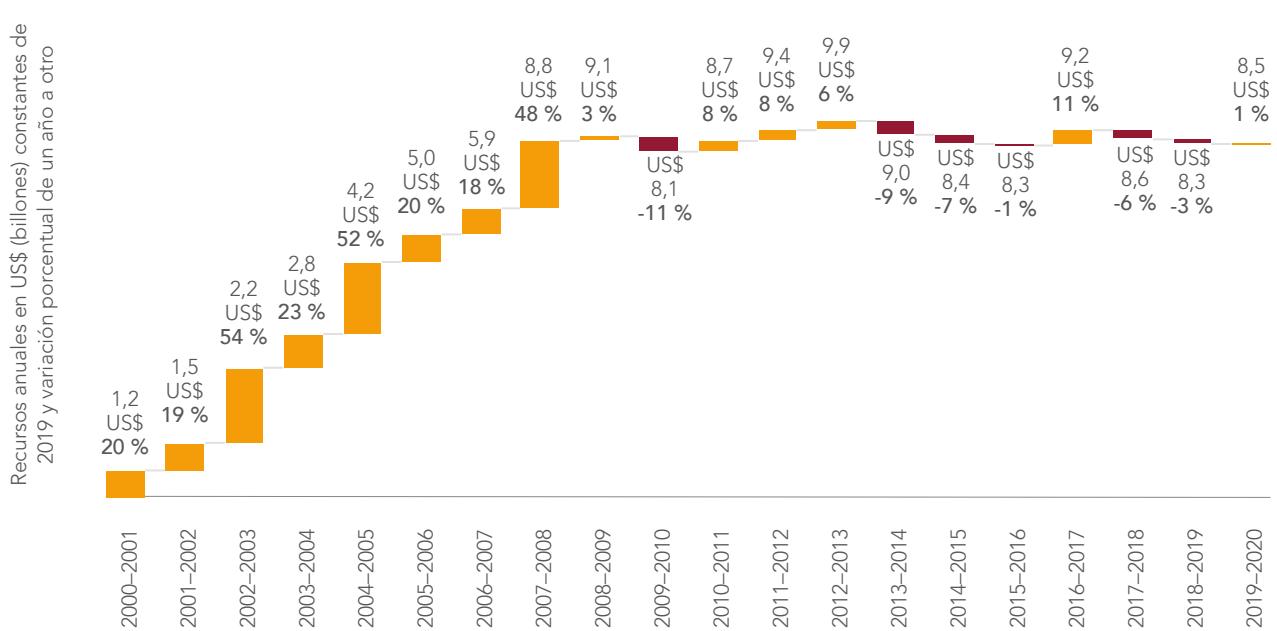
El financiamiento nacional ha sido la principal fuente de crecimiento de los recursos disponibles para las respuestas al VIH en países de ingresos bajos y medios durante la última década. Sin embargo, recientemente se estabilizó y es posible que haya comenzado a disminuir.

**FIGURA 9.1 | CAMBIO DE AÑO A AÑO EN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL VIH  
PROCEDENTES DE FUENTES DOMÉSTICAS, PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS,  
2000–2001 A 2019–2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

**FIGURA 9.2 | CAMBIO AÑO A AÑO EN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL VIH DE FUENTES  
INTERNACIONALES, PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2000–2001 A 2019–2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

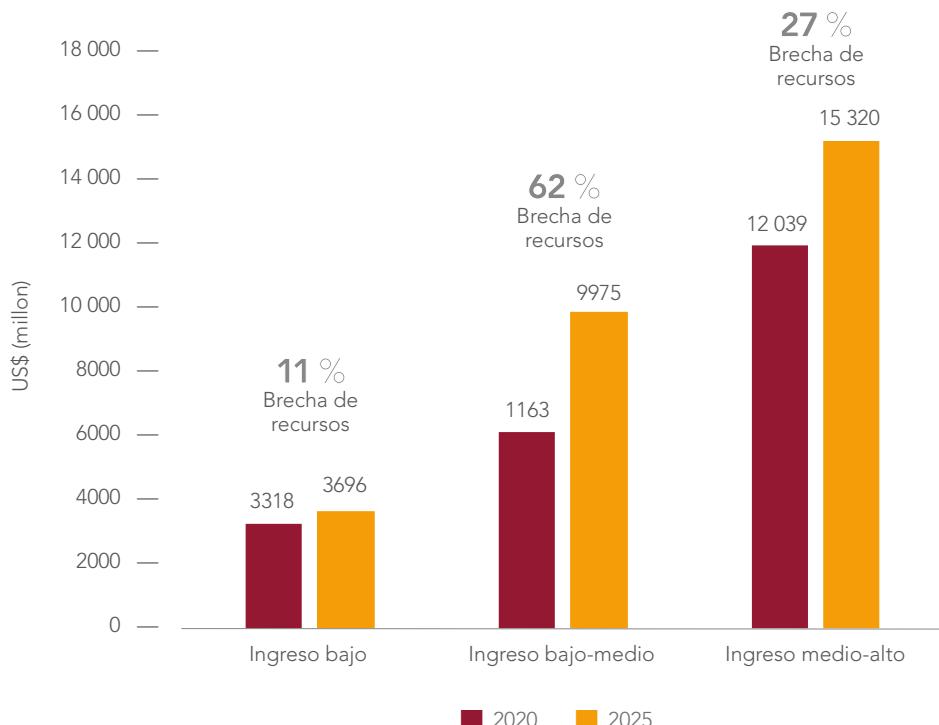
# DATOS SOBRE EL VIH

## Las brechas de recursos son mayores en los países de ingresos bajos-medios y medios-altos

Los países de ingresos medios-altos representan aproximadamente el 53% de las necesidades totales de recursos para el VIH en el 2025 para los países de ingresos bajos y medios. Esa proporción refleja costos unitarios más altos (por ejemplo, para recursos humanos, medicamentos antirretrovirales y otros productos básicos para el VIH) y tamaños de población más grandes que necesitan prevención dentro de ese grupo de ingresos. Un poco más de la mitad (51%) de las necesidades totales de recursos para el VIH en los países de ingresos bajos y medios para el 2025 se concentra en nueve países, siete de los cuales se encuentran entre los 10 países más poblados del mundo. Seis de esos nueve países son de ingresos medios - altos: Brasil, China, Indonesia, México, Federación de Rusia y Sudáfrica.

La brecha entre los recursos disponibles para las respuestas al VIH en el 2020 y los recursos necesarios en el 2025 se encuentra principalmente entre los países de ingresos bajos-medios y los de ingresos medios-altos (Figura 9.3). En los países de bajos ingresos que dependen en gran medida del apoyo de los donantes, los recursos disponibles para las respuestas al VIH en el 2020 fueron del 90% de los recursos estimados necesarios en el 2025.

**FIGURA 9.3 | RECURSOS ACTUALES, 2020, Y NECESIDADES DE RECURSOS ESTIMADOS, 2025, POR CLASIFICACIÓN DE INGRESOS POR PAÍSES**



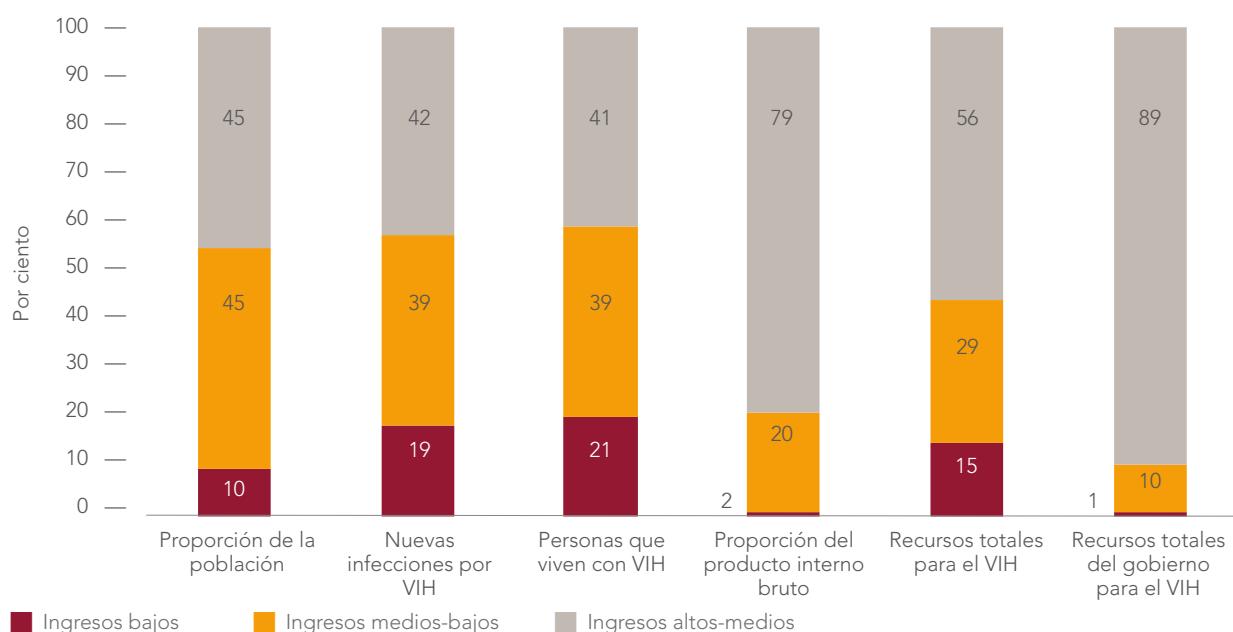
Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares estadounidenses constantes de 2019. Los países incluidos son los que el Banco Mundial clasificó en el 2020 como de ingresos bajos y medios

Los recursos para el VIH disponibles para los países de diferentes grupos de ingresos no siempre coinciden con la carga del VIH y la producción económica. Los países de ingresos bajos generan solo alrededor del 2% de la producción económica total de los países de ingresos bajos y medios, pero proporcionan solo el 1% de los recursos públicos nacionales para el VIH de todos los países de ingresos bajos y medios (Figura 9.4). Estos países dependen en gran medida del apoyo de donantes externos para financiar sus programas de VIH. Los países de ingresos bajos-medios producen el 20% de la producción económica total de los países de ingresos bajos y medios, pero proporcionan el 10% de los recursos públicos nacionales para el VIH de todos los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos altos-medios son responsables de casi el 80% del producto interno bruto total, tienen alrededor del 41% de la carga del VIH y representan el 89% de los recursos nacionales de VIH disponibles en los países de ingresos bajos y medios. Actualmente, los costos unitarios comparativamente altos pueden estar contribuyendo a la mayor proporción de recursos para el VIH de este grupo. Estos datos sugieren que los países de ingresos bajos y medios-bajos tienen la posibilidad de aumentar aún más la cantidad de recursos nacionales que están asignando a las respuestas al VIH, aunque sea modestamente pero dentro de su capacidad, mientras que los países de ingresos medios- altos podrían y deberían aumentar su financiamiento para satisfacer sus necesidades de recursos relacionados con el VIH.

**La brecha entre los recursos disponibles para las respuestas al VIH en el 2020 y los recursos necesarios en el 2025 se encuentra principalmente entre los países de ingresos bajos-medios y altos-medios.**

**FIGURA 9.4 | DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, CARGA DE MORBILIDAD RELACIONADA CON EL VIH, PRODUCCIÓN ECONÓMICA Y RECURSOS FINANCIEROS, POR CLASIFICACIÓN DE INGRESOS DE PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS, 2020**



Fuente: Análisis basado en estimaciones financieras epidemiológicas del ONUSIDA, 2021; Perspectivas económicas mundiales. Washington (DC) - Fondo Monetario Internacional; 2021 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021>).

Nota: Se presentan datos para todos los países de ingresos bajos y medios.

# DATOS SOBRE EL VIH

## La disponibilidad de recursos varía según las regiones

La disponibilidad de recursos para el VIH varía ampliamente según la región, con altas proporciones de financiamiento internacional en África subsahariana y el Caribe (Figura 9.5). Los países de África oriental y meridional han mantenido niveles comparativamente altos de gasto en VIH a través de una combinación de recursos nacionales e internacionales, lo que ha ayudado a impulsar y mantener una disminución constante de las nuevas infecciones por VIH y la mortalidad relacionada con el sida. Las respuestas al VIH de África occidental y central y el Caribe dependen en gran medida de los recursos internacionales, y la disponibilidad general de recursos en ambas regiones ha disminuido en los últimos años. En África occidental y central, la dependencia continua de los gastos de bolsillo (como las tarifas de los usuarios por los servicios de salud) también sigue siendo una barrera importante para el acceso equitativo a los servicios de VIH (1–3).

Las respuestas al VIH en otras regiones reciben proporciones mucho menores de apoyo de los donantes. Por ejemplo, la mayoría de los países de América Latina han movilizado grandes cantidades de recursos nacionales para sus respuestas al VIH y han reducido las infecciones y muertes por VIH a un nivel relativamente bajo, pero un aplanamiento de las infecciones por VIH y las reducciones lentas de la mortalidad relacionada con el sida en los últimos años sugieren que se requiere un mejor uso de los recursos disponibles para lograr avances adicionales. Las tendencias regionales también pueden ser moldeadas por el gasto en algunos países influyentes.

Tanto Europa del Este como Asia Central y Medio Oriente y África del Norte siguen gastando considerablemente en sus respuestas al VIH. Asia y el Pacífico también necesitan aumentar sus inversiones en la respuesta al VIH si quieren lograr las metas del 2025. Estas tres regiones generan la mayoría de sus recursos relacionados con el VIH a partir de fuentes nacionales.

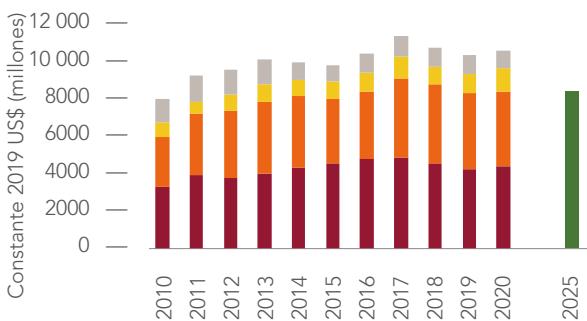
Crédito : ONUSIDA

En regiones con disponibilidad anual de recursos que ya cumple o excede sus metas de inversión para el 2025, se requiere una asignación de recursos más eficiente para cumplir con sus objetivos de cobertura de servicio y de impacto para el 2025.

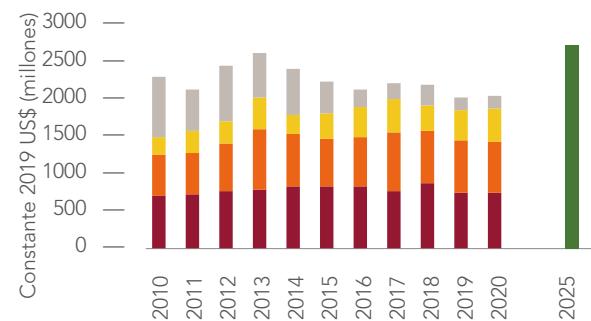


**FIGURA 9.5 | DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL VIH, 2010–2020, Y ESTIMACIÓN DE LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA EL VIH PARA EL 2025, POR REGIONES**

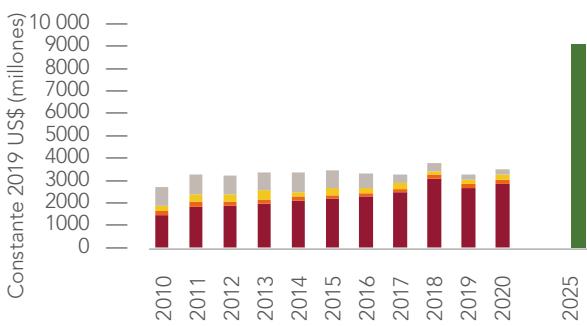
Africa oriental y meridional



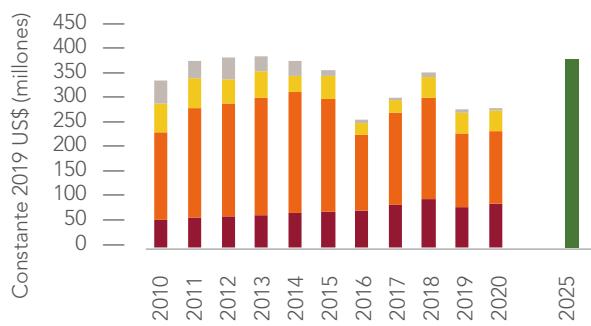
Africa occidental y central



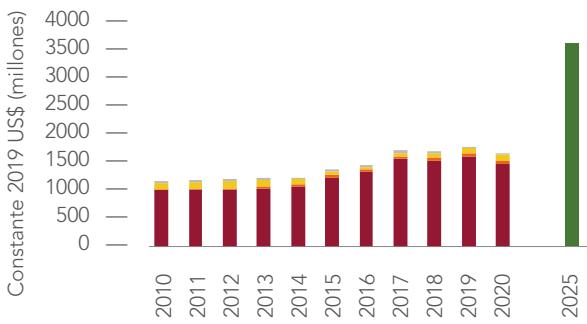
Asia y el Pacífico



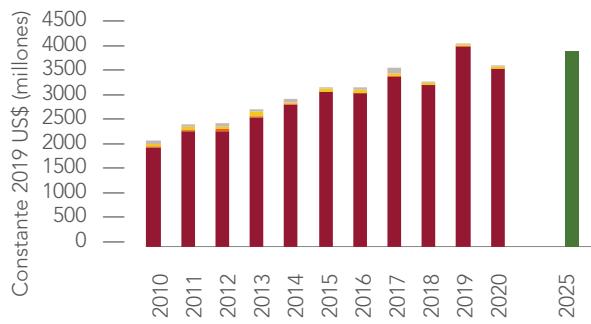
Caribe



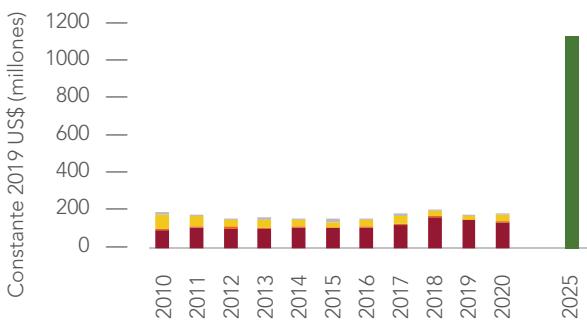
Medio Oriente y África del Norte



América Latina



Moyen-Orient et Afrique du Nord



- Nacional (público y privado)
- Estados Unidos (bilateral)
- Fondo Mundial
- Otros internacionales
- Necesidades de recursos (2025)

Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares estadounidenses constantes de 2019.

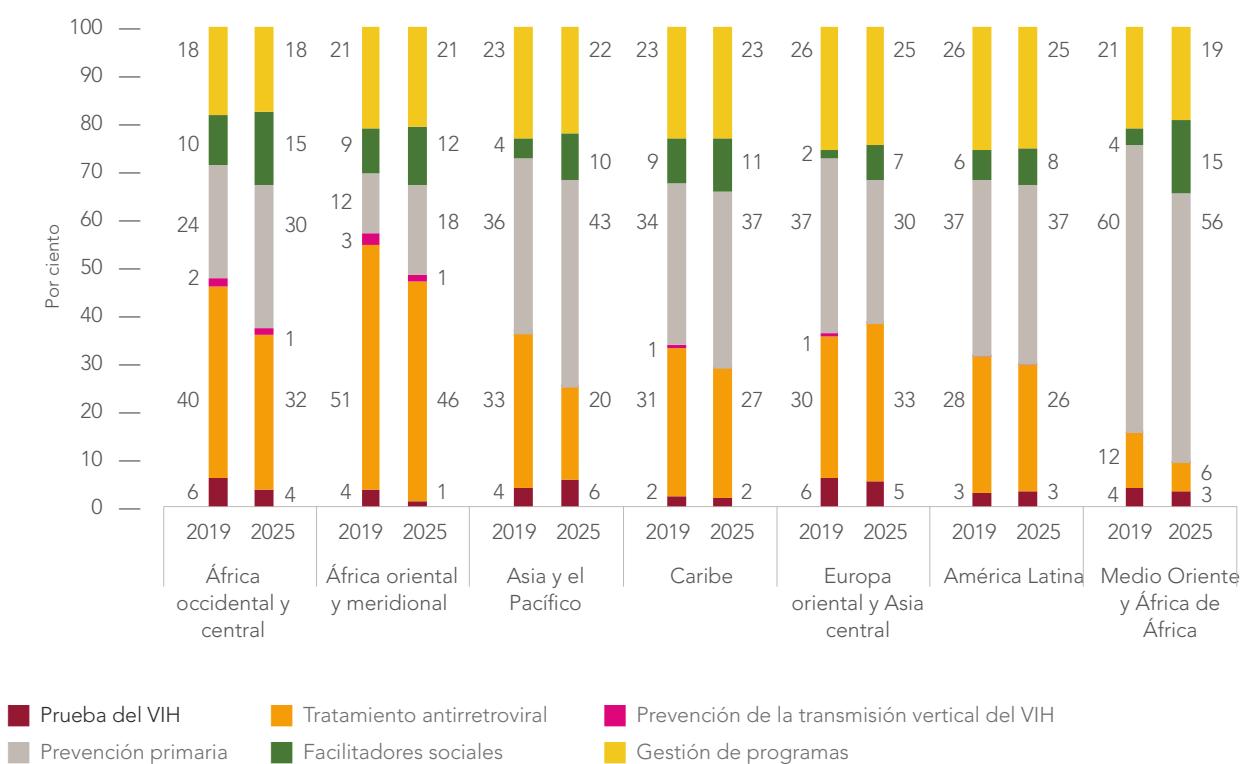
## DATOS SOBRE EL VIH

En regiones con grandes poblaciones y una prevalencia nacional del VIH relativamente baja, el gran número de personas que necesitan servicios de prevención del VIH impulsa las necesidades de recursos para el VIH.

### Los gastos deben ajustarse a las necesidades de programación

Los patrones de gasto para el VIH de los países deben reflejar la escala y las características de sus epidemias de VIH. Por ejemplo, en regiones con países poblados y una prevalencia nacional del VIH relativamente baja, como Asia y el Pacífico, el gran número de personas que necesitan servicios de prevención del VIH impulsa las necesidades de recursos relacionados con el VIH. Por el contrario, en las regiones con una mayor carga de morbilidad, como África oriental y meridional, los servicios de pruebas y tratamiento representan una mayor proporción de los gastos del programa de VIH del 2020 y las necesidades de recursos del 2025 (Figura 9.6).

FIGURA 9.6 | DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS ESTIMADOS POR EL VIH, 2019, Y LAS NECESIDADES DE RECURSOS PARA EL VIH, 2025, POR ÁREA DE PROGRAMA Y REGIÓN



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
Nota: La prevención de la transmisión vertical del VIH no incluye el tratamiento antirretroviral.



Crédito: ONUSIDA

Se pueden lograr mayores reducciones de precios de los medicamentos antirretrovirales y otros productos básicos claves para el VIH mediante el uso estratégico de las flexibilidades en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y reorganizando los sistemas de gestión de adquisiciones y suministros para aprovechar las economías de escala.

# DATOS SOBRE EL VIH

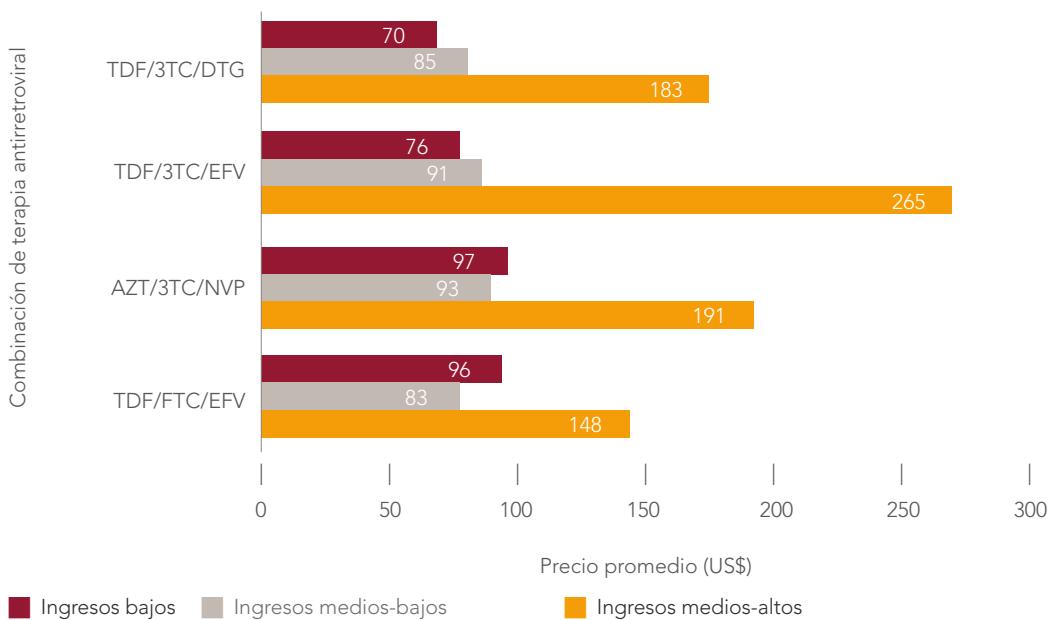
## Los países de ingresos altos-medios pagan más por los medicamentos contra el VIH

El costo de los medicamentos antirretrovirales tiene un efecto importante en las necesidades de recursos para las respuestas al VIH. Actualmente, los precios promedios de la terapia antirretroviral de primera y segunda línea son muy similares en los países de ingresos bajos y medio-bajos, pero son sustancialmente más altos en los países de ingresos medios-altos (Figura 9.7). Por ejemplo, los países de Europa oriental, Asia central y América Latina tienden a pagar precios considerablemente más altos por los medicamentos antirretrovirales en comparación con los países de otras regiones (Figura 9.8). Se pueden lograr mayores reducciones de precios de los medicamentos antirretrovirales y otros productos básicos claves contra el VIH mediante el uso estratégico de las flexibilidades en virtud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y reorganizando los sistemas de gestión de adquisiciones y suministros para aprovechar las economías de escala. Si se logran estos y otros ahorros de costos, un aumento del 14% en los recursos para las pruebas y el tratamiento contra el

VIH puede resultar en un aumento del 35% en el número de personas que reciben tratamiento para el 2025: suficiente para alcanzar las metas de pruebas y tratamiento 95–95–95.



**FIGURA 9.7 | PRECIO PROMEDIO (US\$) POR PERSONA-AÑO PARA LA TERAPIA ANTIRRETRÓVIRAL DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA, POR GRUPO DE INGRESOS POR PAÍS, 2020**

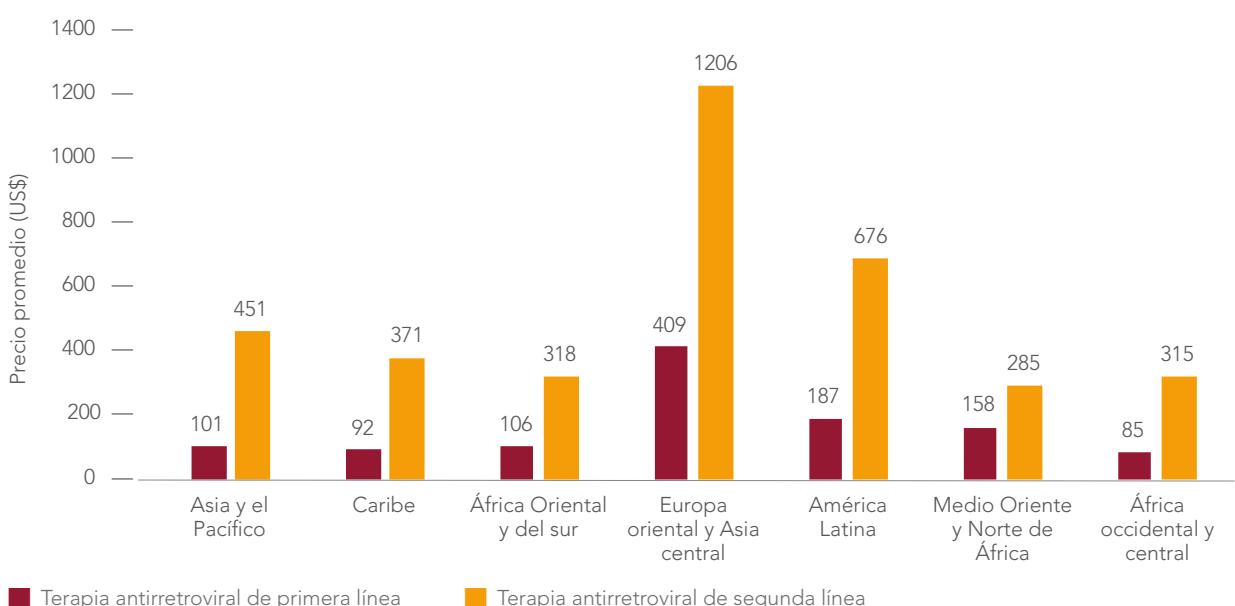


Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los datos corresponden a 89 países que informaron a ONUSIDA Global AIDS Monitoring 2021.

Nota: TDF = tenofovir disoproxil fumarato; 3TC = lamivudina; DTG = dolutegravir; EFV = efavirenz; AZT = azidotimidina; NVP = nevirapina; y FTC = emtricitabina.

**FIGURA 9.8 | PRECIO PROMEDIO POR PERSONA-AÑO PARA LA TERAPIA ANTIRRETRÓVIRAL DE PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA, POR REGIÓN, 2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: Los datos corresponden a 89 países que informaron a ONUSIDA Global AIDS Monitoring 2021.

## Caso de Estudio

# IMPUESTO SOBRE EL SIDA DE ZIMBABUE: UNA FORMA RESISTENTE DE FINANCIAR LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH

A medida que los países buscan formas de financiar sus programas de VIH de forma sostenible, el Impuesto sobre el sida de Zimbabue sigue destacándose como una de las herramientas de financiamiento del VIH más exitosas y resistentes que utilizan los países de ingresos bajos o medios bajos.

legislación nacional en 1999, el Impuesto del sida es el fondo fiduciario de VIH más antiguo de África. Esta solución local ha reducido la dependencia del financiamiento de los donantes y ha fortalecido la propiedad nacional del programa sobre el VIH del país. Zimbabue también ha podido utilizar el impuesto para apalancar otros fondos internacionales para su sistema de salud pública (4).

El impuesto del sida es un recargo del 3% sobre el impuesto sobre la renta corporativa y personas físicas (la industria minera estuvo excluida hasta el 2015). El Consejo Nacional del SIDA de Zimbabue administra los fondos recaudados a través del impuesto sobre el sida, guiado por un plan de trabajo anual y un presupuesto aprobado por el Ministro de Salud y Bienestar Infantil (4).

Los ingresos aumentaron gradualmente en los primeros años, a pesar de la inestabilidad económica y la hiperinflación, y han seguido aumentando durante la última década. En promedio, el impuesto del sida ha logrado aproximadamente US\$ 35 millones anualmente a lo largo de la última década, contribuyendo hasta el 15% de los costos de la respuesta nacional al VIH (5).

Los ingresos se han utilizado principalmente para financiar el tratamiento del VIH: 50% de los fondos se destinan al programa de terapia antirretroviral de Zimbabue, 10% a la prevención y 6% a la supervisión, evaluación y coordinación, y 5% para la creación de un entorno propicio (Figura 9.9) (5).

## ADAPTABLE Y RESISTENTE

Los reveses económicos causaron que las cantidades recaudadas a través del impuesto del sida cayeran ligeramente a mediados de la década de 2010. El fondo fiduciario enfrentó más dificultades cuando se convirtió a la moneda local, y la devaluación de la moneda redujo el poder adquisitivo de los productos básicos importados (como los medicamentos antirretrovirales, que deben ser pagados en moneda extranjera). Sin embargo, la adaptación ha convertido al impuesto en un mecanismo de financiamiento resistente y se ha reposicionado estratégicamente para respaldar mayores inversiones en la combinación de prevención del VIH y contratación social (6).

El último Plan Estratégico Nacional sobre VIH / SIDA IV de Zimbabue 2021-2025 compromete al gobierno a promover las asociaciones público-privadas en salud, como la contratación social con organizaciones de la sociedad civil, utilizando los ingresos del impuesto sobre el sida (7). También se está negociando un llamado canje con los donantes: esto supondría una

mayor proporción de los fondos recaudados a través del impuesto invertidos en programas de

prevención, con un enfoque en las adolescentes y mujeres jóvenes y poblaciones claves (8). A los financiadores externos (como el Fondo Mundial) se les pedirá que asuman una parte cada vez mayor del financiamiento del tratamiento del VIH (6).

El impuesto del sida ofrece lecciones a los países que están considerando opciones de financiamiento similares. Su estatus y longevidad se debe al hecho de que fue establecido legalmente por una ley del Parlamento. A pesar de las limitaciones fiscales creadas por la pandemia de COVID-19 y otros desafíos, el Gobierno también se ha comprometido a financiar la respuesta al VIH a nivel nacional. Dado que el impuesto está integrado en el sistema tributario nacional, implica costos administrativos adicionales mínimos: las decisiones de desembolso se basan en un proceso ascendente que involucra a las redes locales de sida, y las decisiones finales se toman a nivel nacional.

El impuesto ha ayudado a proteger los servicios esenciales del VIH contra las tendencias de financiamiento volátiles y ha superado los

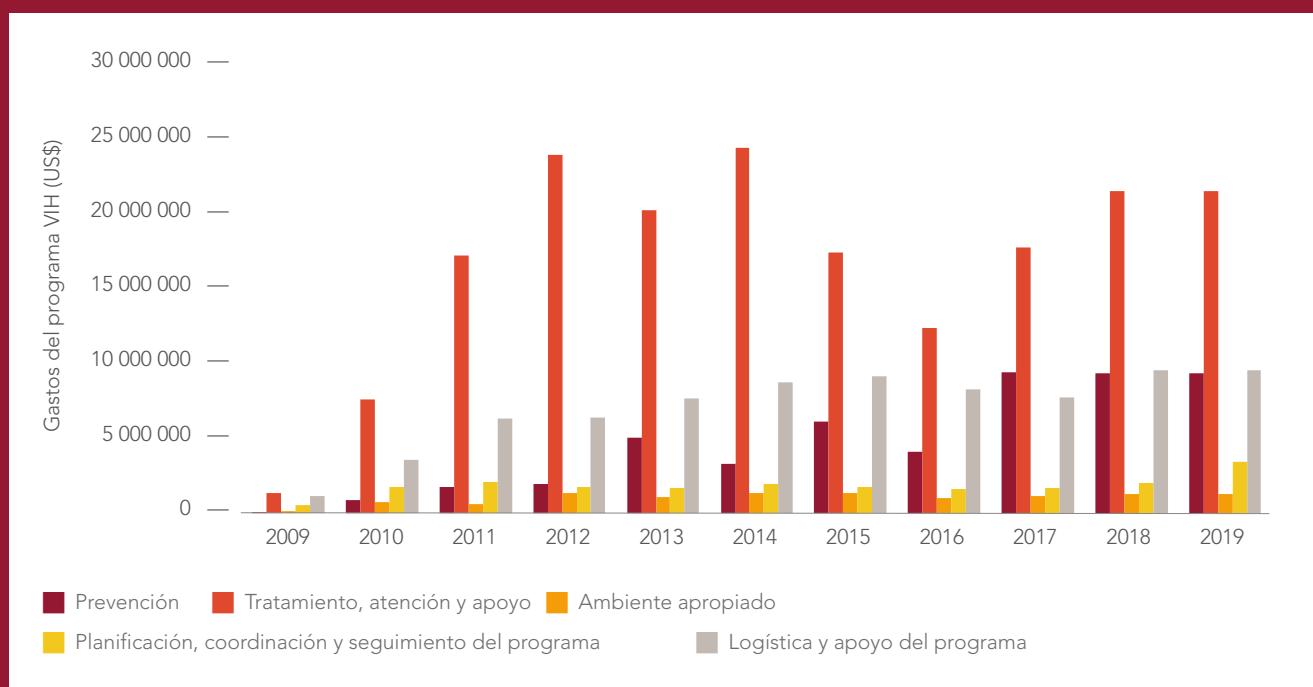
obstáculos políticos en el proceso presupuestario público.

También evita desajustes entre los marcos de tiempo de las decisiones de asignación presupuestaria y los ciclos de financiamiento, y permite que los fondos no utilizados se transfieran al siguiente año fiscal (4).

Fundamentalmente, proporciona transparencia y responsabilidad sobre el uso de los recursos relacionados con el VIH. Las cuentas se auditán de forma independiente y están disponibles públicamente en el sitio web del Consejo Nacional del SIDA.

Las cuentas auditadas han confirmado de forma constante que los fondos fiscales se utilizan para los fines previstos (4). “El impuesto sobre el sida es probablemente el único impuesto sobre el trabajo por el que los trabajadores gravados pueden identificarse con el resultado”, dice el economista zimbabweño Reneth Mano (9).

**FIGURA 9.9 | GASTOS DEL PROGRAMA DEL VIH FINANCIADOS POR EL IMPUESTO DEL SIDA DE ZIMBABUE, POR ÁREA DEL PROGRAMA, 2009-2019**



Fuente: Estados de ingresos y gastos del Fondo Fiduciario Nacional para el SIDA. Harare: Consejo Nacional del SIDA de Zimbabue; 2021.

## Referencias

1. Por qué tiene sentido deshacerse de las tarifas de usuario. Ginebra: ONUSIDA; 2020.
2. Tarifas de usuario y acceso a los servicios de VIH/SIDA en Camerún. Ginebra: ONUSIDA; 2020.
3. Fuera de foco: cómo millones de personas en África Occidental y Central están siendo dejadas fuera de la respuesta global al VIH. Ginebra: Médecins sans Frontières; 2016.
4. Bhat N, Kilmarx PH, Dube F, Maneji A, Dube M, Magure T. El impuesto nacional contra el SIDA de Zimbabwe: un caso de estudio. *Sahara J.* 2016;13(1):1-7.
5. Estados de ingresos y gastos del Fondo Fiduciario Nacional para el SIDA. Harare: Consejo Nacional del SIDA de Zimbabwe; 2021.
6. Muniu S, Amendah D. Los programas del Fondo Mundial en un entorno monetario desafiante: Ejemplo de Zimbabwe. Nairobi: aidspan; 2019 (<https://www.aidspan.org/sites/default/files/The-Global-Fund-programs-in-challenging-monetary-environment-Example-of-Zimbabwe.pdf>).
7. Zimbabwe Plan Estratégico Nacional sobre el VIH y el SIDA IV (2021–2025). Harare: Consejo Nacional del SIDA de Zimbabwe; 2020.
8. Propuesta para explicar la prevención del VIH en el marco del Consejo Nacional del SIDA. Harare: Consejo Nacional del SIDA de Zimbabwe; 2021.
9. Karomo T, Kotze A. Cómo financiar un sistema de salud fallido. En: Bhekisia Centre for Journalism [Internet]. 16 April 2017. Bhekisa – Centre for Health Journalism; c2021 (<https://bhekisia.org/article/2017-04-06-how-to-fund-a-failing-health-system/>).



# 10

## COVID-19 Y VIH

**L**a pandemia de COVID-19 ha resaltado las líneas divisorias de un mundo profundamente desigual y ha puesto en evidencia la insuficiencia de las inversiones en salud pública. Las personas que viven con VIH parecen tener un riesgo elevado de contraer enfermedades y muertes relacionadas con COVID, y a mediados de 2021, la mayoría no tenía acceso a las vacunas contra el COVID-19 (1, 2).

Las perturbaciones sociales causadas por COVID-19 han acelerado la adopción de innovaciones en la prestación de servicios del VIH, incluyendo los servicios dirigidos por la comunidad y otras formas de prestación de servicios diferenciados, autoprueba, dispensación de medicamentos para varios meses y uso de telesalud y plataformas virtuales de información y apoyo, muchos de los cuales contienen beneficios y lecciones para otros programas de salud.

Los cierres causados por COVID-19 y otras restricciones perturbaron gravemente las pruebas del VIH y, en muchos países, provocaron fuertes caídas en los diagnósticos de VIH, referidos a servicios de atención e iniciaciones de tratamientos contra el VIH. Las instalaciones de salud (incluyendo las clínicas para el manejo del VIH) se reutilizaron para manejar la afluencia de pacientes con COVID-19, se suspendieron los servicios presenciales y muchas personas evitaron o no pudieron acceder a la atención médica. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) informó que, según los datos recopilados en 502 establecimientos de salud en 32 países africanos y asiáticos, las pruebas del VIH disminuyeron en un 41% y los referidos para diagnóstico y tratamiento disminuyeron en un 37% durante los primeros cierres de COVID-19 en el 2020, en comparación con el mismo período en el 2019 (3).

Asimismo, se redujeron los servicios de prevención del VIH, especialmente los que implican contacto en persona. Los programas para prevenir la transmisión vertical del VIH se redujeron en muchos países africanos, y algunos programas voluntarios de circuncisión médica masculina (CMMV) se suspendieron durante gran parte de 2020. Estas últimas precauciones afectaron el número de circuncisiones médicas masculinas las cuales se redujeron en más del 30% en los 15 países prioritarios de África oriental y meridional (ver Capítulo 01). La provisión de profilaxis previa a la exposición (PrEP) también se interrumpió, incluso en los Estados Unidos de América, donde hubo un 16% menos de prescripciones de PrEP y un 31% menos de nuevos usuarios de PrEP en marzo-junio de 2020 de lo previsto (según las tendencias del 2017-2020) (4). En Sudáfrica, las nuevas iniciaciones de PrEP fueron un 40% más bajas en marzo-abril de 2020 en comparación con los meses anteriores, y en Brasil, la dispensación de PrEP disminuyó en un 53% en abril de 2020 (5, 6).



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

- Garantizar que el 95% de las personas que viven con VIH, que corren el riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH estén protegidas contra pandemias, incluyendo COVID-19.
- Utilizar modelos diferenciados de prestación de servicios para pruebas y tratamientos, incluyendo servicios digitales, dirigidos por la comunidad y basados en la comunidad que superen desafíos como los creados por la pandemia de COVID-19 al ofrecer tratamiento y servicios de apoyo relacionados a las personas que más lo necesiten y en donde estén.
- Asegurar la participación sistemática de las respuestas al VIH en la infraestructura y los arreglos de respuesta a las pandemias, aprovechando los planes estratégicos nacionales sobre el VIH para guiar los elementos claves de la planificación de la preparación para una pandemia.
- Construir mejor y de forma más equitativa e inclusiva a partir de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la respuesta a la pandemia del sida, y crear resiliencia frente a futuras pandemias y otros desafíos mundiales de salud y desarrollo.

COVID-19 ha ejercido tensiones sin precedentes en las cadenas de suministro de alimentos, resultando en el aumento de la inseguridad alimentaria que amenaza a los más vulnerables, incluyendo las personas que viven con VIH (7, 8). La pandemia de COVID-19 también ha resultado en pérdidas sin precedentes de empleos e ingresos, y las personas que trabajan en la economía informal están particularmente amenazadas (9). Las encuestas sugieren que las personas que viven con VIH enfrentan altos niveles de discriminación en el empleo y tienen altas tasas de desempleo, con un porcentaje significativo dedicado a la economía informal. Se requieren acciones para proteger a todos los trabajadores en situaciones vulnerables, y estas medidas deben incluir a las personas que viven con VIH (10).

## Correcciones creativas

Una combinación de resiliencia y adaptaciones rápidas, incluyendo el uso ampliado de servicios diferenciados y dirigidos por la comunidad, permitió que muchos programas de VIH se recuperaran rápidamente después de los cierres iniciales causados por COVID-19 a principios y mediados del 2020 (11).

La dispensación de antirretrovirales y otros medicamentos esenciales para varios meses, un enfoque que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA han recomendado desde el 2016, se adoptó de manera más amplia y exitosa, a menudo junto con otras formas de prestación de servicios diferenciados (ver caso de estudio de América Latina y el Caribe) (12). Namibia, por ejemplo, distribuyó rápidamente suministros de medicamentos antirretrovirales para cuatro a seis meses al 97% de las 172 000 personas en terapia antirretroviral en ese país (13). Los suministros de medicamentos entre los pacientes se mantuvieron estableciendo lugares comunitarios para su retiro, utilizando camionetas móviles y servicios de entrega a domicilio, y reforzando los grupos comunitarios de adherencia.

En Kampala, Uganda, más de la mitad de las 191 000 personas que reciben terapia antirretroviral en la ciudad no asistieron a las visitas programadas al inicio del primer cierre del país. A partir de abril de 2020, los proveedores de servicios adoptaron reposiciones para varios meses y realizaron arreglos alternativos para retirar los antirretrovirales, incluyendo entregas a domicilio por pares y retiros en sitios comunitarios. Como resultado, casi todas las personas que necesitaron reabastecimiento de antirretrovirales durante abril-junio de 2020 las recibieron (14).

---

<sup>1</sup> Dos tercios de las instalaciones se encontraban en tres países: Côte D'Ivoire, la República Democrática del Congo y Zambia. Los otros países en el estudio fueron Angola, Burundi, Camerún, Suazilandia, Etiopía, Kenia, Mozambique y Sudán del Sur.

Este tipo de adaptaciones han marcado una gran diferencia. Los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH en más de 1000 establecimientos de salud financiados por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) en 11 países del África subsahariana se recuperaron sustancialmente en junio de 2020. De forma significativa, las tendencias parecían ser similares para mujeres y hombres (15). En la segunda mitad del 2020, alrededor del 80% de las personas en tratamiento contra el VIH en esas instalaciones recibieron al menos tres meses de medicación a la vez, en comparación con el 51% a fines del 2019 (15).<sup>1</sup>

## Medidas de telesalud

Se están utilizando los servicios de telesalud y consultas en línea para mantener el acceso a los servicios relacionados con el VIH. En Uganda, se establecieron líneas telefónicas gratuitas para informar a las personas dónde y cómo podían acceder a sus medicamentos contra el VIH (16). Las organizaciones comunitarias de Kenia que trabajan con hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres cambiaron al apoyo virtual de pares utilizando plataformas de redes sociales, al tiempo que mantuvieron algunos servicios en persona. La cobertura de pruebas dentro de esta población clave en Kenia se redujo solo ligeramente durante el primer cierre y luego siguió aumentando hasta julio del 2020 (17).

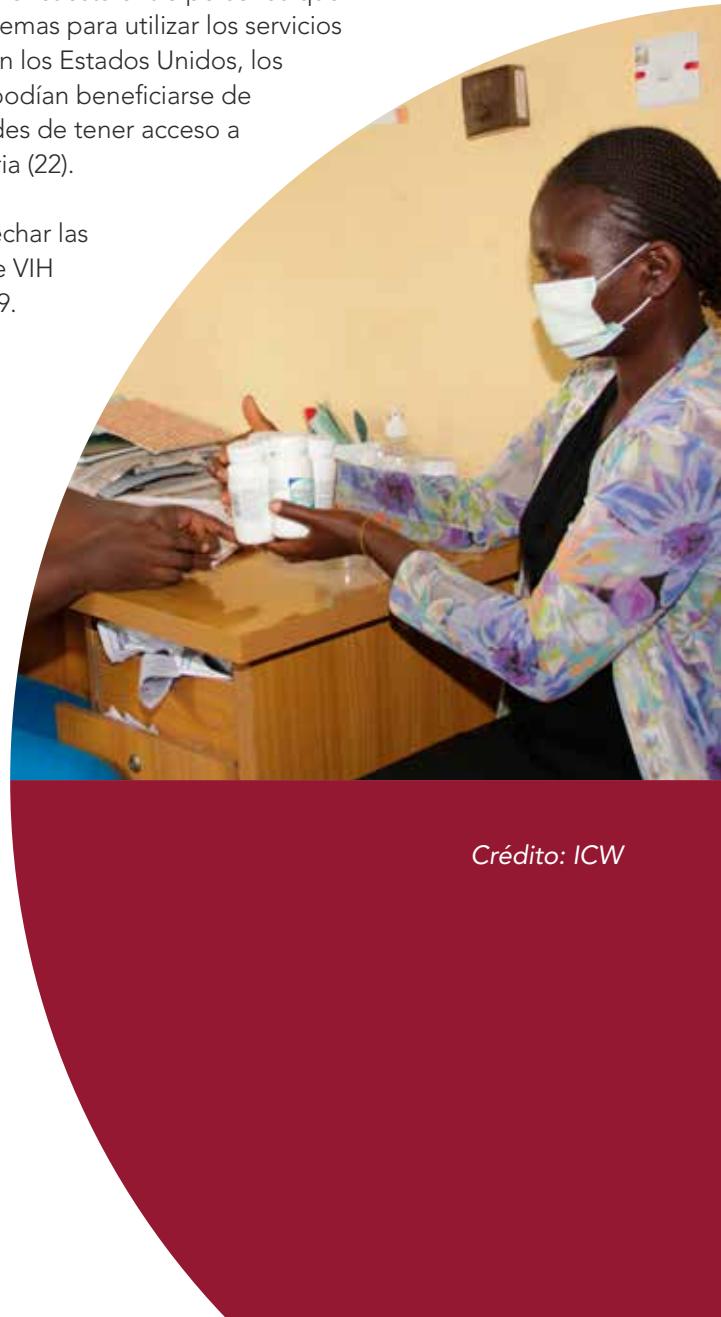
En Filipinas, se introdujeron las opciones de telemedicina, clínicas móviles y suministros a domicilio de medicamentos antirretrovirales, mientras que la dispensación para varios meses y las consultas en línea ayudaron a retener a las personas que recibían atención en Myanmar y Tailandia (18, 19).

Sin embargo, las medidas de telesalud tienen un impacto limitado en áreas con bajo acceso a conectividad de Internet, teléfonos inteligentes o tiempo aire, como se ve en las comunidades empobrecidas en Ciudad del Cabo, Sudáfrica (20). De manera similar, uno de cada tres participantes en una encuesta entre personas que viven con VIH en Buenos Aires, Argentina, tuvo problemas para utilizar los servicios médicos de telesalud o de Internet (21). En Florida, en los Estados Unidos, los investigadores señalaron que las personas que más podían beneficiarse de los enfoques de telesalud tenían menos probabilidades de tener acceso a banda ancha o de poder pagar la tecnología necesaria (22).

Los países tienen la oportunidad de reforzar y aprovechar las adaptaciones que han ayudado a que los servicios de VIH sigan funcionando durante la pandemia de COVID-19.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el SIDA de 2021 requiere que los países involucren sistemáticamente las respuestas al VIH en la infraestructura y las medidas de respuesta a una pandemia, que aprovechen los planes estratégicos nacionales del VIH para guiar la planificación de la preparación de una pandemia, y garantizar que el 95% de las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH estén protegidas contra las pandemias, incluyendo el COVID-19. También pide a los países que aprovechen la resiliencia e innovación demostradas por los sistemas de salud comunitarios durante la pandemia de COVID-19 para llegar a las comunidades afectadas con el VIH y otros servicios de atención de salud esenciales.

Las interrupciones causados por el COVID-19 en los servicios de VIH se están mitigando mediante la dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses y la prestación de servicios diferenciados que incluyen opciones y medidas de telesalud dirigidas por la comunidad.



Crédito: ICW

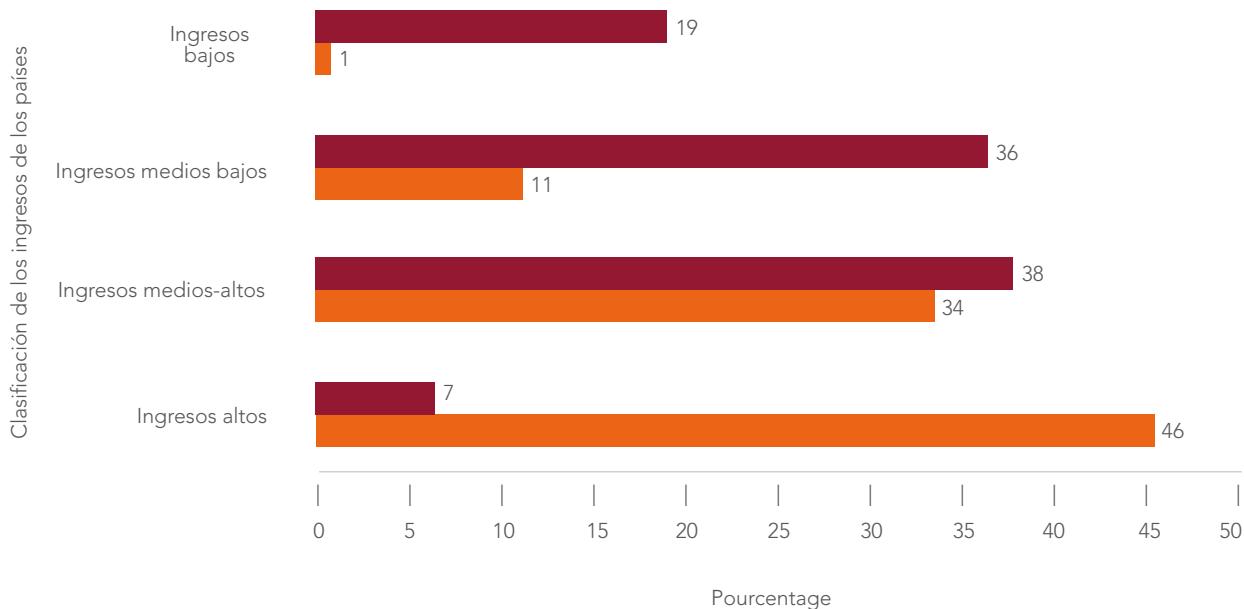
## DATOS SOBRE EL VIH

### Las personas que viven con VIH tienen un riesgo más alto de contraer la enfermedad de COVID-19

Un creciente conjunto de evidencia indica que las personas que viven con VIH que adquieren la infección por SARS-CoV-2 tienen un mayor riesgo de requerir hospitalización y tener resultados clínicos deficientes (1, 2). Los datos de los Estados Unidos muestran que las personas que viven con VIH que adquirieron la infección por SARS-CoV-2 tenían muchas más probabilidades de requerir hospitalización y sufrir una enfermedad grave que las personas que eran VIH negativas, mientras que estudios de Inglaterra y Sudáfrica señalan que el riesgo de morir por COVID-19 entre personas con VIH fue el doble que entre la población general (23-26). La enfermedad avanzada del VIH y/o la presencia de comorbilidades crónicas, que tienden a ser comunes en personas que viven con VIH, parecen estar fuertemente asociadas con resultados deficientes del COVID-19 en personas que viven con VIH (27-33).

Mientras tanto, el acceso a las vacunas contra el COVID-19 en todo el mundo continúa siendo extremadamente desigual e injusto. A mediados de 2021, las vacunas aún estaban escasamente disponibles en los países de ingresos bajos y medios bajos que albergan a más de la mitad (55%) de las personas que viven con VIH en todo el mundo (Figura 10.1).

**FIGURA 10.1 | DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CUBIERTA POR AL MENOS UNA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA COVID-19 (AL 29 DE JUNIO DE 2021), EN COMPARACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH (TODAS LAS EDADES), POR CLASIFICACIÓN DE INGRESOS POR PAÍS, 2020**



■ Porcentaje de la población mundial de personas que viven con VIH (todas las edades)

■ Porcentaje de personas que recibieron al menos una dosis de la vacuna contra el COVID-19

Fuentes: Vacunas contra el coronavirus (COVID-19). En: Our World in Data [Internet]. 29 junio 2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>); Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notas: Clasificaciones por países 2020-2021 por nivel de ingresos, calculadas por el Banco Mundial. La cobertura de la vacuna indicada puede no ser igual a la proporción que está completamente vacunada si la vacuna requiere dos dosis.

## COVID-19 retrasa los diagnósticos e inicio del tratamiento contra el VIH

Las pruebas del VIH y las referencias a la terapia antirretroviral se vieron gravemente afectadas por el COVID-19 durante el 2020. En la provincia sudafricana de KwaZulu-Natal, por ejemplo, los datos de 65 clínicas de atención primaria muestran una caída del 48% en las pruebas del VIH después de que se impuso el primer cierre nacional en Abril de 2020, y también hubo menos nuevos diagnósticos de VIH y una caída marcada en el inicio del tratamiento (34). Esto ocurrió cuando 28 000 personas trabajadoras de la salud comunitarias relacionadas con el VIH fueron cambiadas de realizar la prueba del VIH a la detección de síntomas de COVID-19.

Se observaron tendencias similares en todo el mundo. En Myanmar se informó una reducción en la aceptación de las pruebas, mientras que en Manila, Filipinas, se realizaron un 61% menos de pruebas del VIH en el 2020 que en el 2019, y la inscripción en la atención del VIH disminuyó en un 28% (18, 35). En Brasil, un 29% menos de personas iniciaron el tratamiento en abril de 2020 en comparación con el año anterior (5). En la India, los datos de 16 ciudades muestran que el número de personas que se inyectan drogas y de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que utilizaron los servicios de atención integrada en mayo-julio de 2020 estuvo entre un 25% y un 35% por debajo de los niveles habituales (36). Las pruebas de detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) disminuyeron casi un 90% en el primer mes del primer cierre de la India, y se recuperó solo ligeramente en los meses siguientes. El acceso a los servicios fue menor para las personas que se inyectan drogas (36).

Los datos recopilados por ONUSIDA muestran que esas tendencias fueron generalizadas (Figura 10.2). Cada uno de los 22 países con datos disponibles experimentó una disminución en el número de personas que iniciaron la terapia antirretroviral en marzo o abril de 2020. Kenia, Lesoto, Sudáfrica y Zimbabue se encuentran entre los países donde el número de personas que inician el tratamiento contra el VIH se mantuvo por debajo de los niveles de enero de 2020 durante la mayor parte del año. Por el contrario, las reducciones fueron de corta duración en Camerún y Nigeria, seguidas de aumentos drásticos en el inicio del tratamiento a mediados del 2020. Este patrón también se observó en menor grado en República Dominicana, Ruanda y Togo.

Credito: ONUSIDA

## DATOS SOBRE EL VIH

Los datos de los países informados a ONUSIDA muestran que las pruebas del VIH y las referencias al tratamiento se vieron gravemente afectadas por COVID-19 durante el 2020.



FIGURA 10.2 | CAMBIO EN EL NÚMERO DE PERSONAS QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETRÓVIRAL POR MES, COMPARADO CON EL NIVEL INICIAL, PAÍSES SELECCIONADOS, 2020



■ Mar. ■ Abr. ■ May ■ Jun. ■ Jul. ■ Ago. ■ Sep. ■ Oct. ■ Nov. ■ Dic.

Fuente: ONUSIDA/OMS/UNICEF Herramienta de seguimiento de los servicios relacionados con el VIH, junio de 2021.

Nota: El nivel inicial es el promedio de los informes de enero y febrero del 2020. Criterios de inclusión: Al menos seis meses de datos consecutivos desde enero de 2020, al menos el 50% de los informes de las instalaciones y al menos 50 individuos recién iniciados en tratamiento antirretroviral en enero del 2020.

## Las pruebas de VIH en mujeres embarazadas se recuperan rápidamente

Los servicios de atención prenatal se vieron interrumpidos por la pandemia de COVID-19, pero demostraron ser sorprendentemente resilientes. Los datos de varios países de África oriental y meridional muestran que el número de mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba del VIH disminuyó al menos un 15% entre enero y marzo de 2020, pero en agosto de 2020, los niveles de las pruebas se habían recuperado en todos los países excepto en uno (Figura 10.3)

## DATOS SOBRE EL VIH

**FIGURA 10.3 | CAMBIO EN EL NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS QUE SE REALIZARON PRUEBAS DE DETECCIÓN DEL VIH EN ATENCIÓN PRENATAL, POR MES COMPARADO CON EL NIVEL INICIAL, PAÍSES SELECCIONADOS CON UNA CARGA ELEVADA DE VIH, 2020**



■ Mar. ■ Abr. ■ May. ■ Jun. ■ Jul. ■ Ago. ■ Sep. ■ Oct. ■ Nov. ■ Dic.

Fuente: ONUSIDA/OMS/UNICEF Herramienta de seguimiento de los servicios relacionados con el VIH, junio de 2021.

Nota: El nivel inicial es el promedio de los informes de enero y febrero de 2020.

## DATOS SOBRE EL VIH

### Las interrupciones del servicio contra la tuberculosis amenazan una década de progreso

Las políticas ampliamente adoptadas para controlar la pandemia de COVID-19 tuvieron un impacto severo en los servicios esenciales de tuberculosis en el 2020, amenazando con borrar una década de avances contra la mortalidad relacionada con la tuberculosis. Los datos provisionales compilados por la OMS de 84 países indican que se estima que 1.4 millones de personas menos recibieron atención por tuberculosis en el 2020 que en el 2019, una reducción del 21% (Figura 10.4).<sup>2</sup> Las deficiencias fueron aún mayores en los países con una alta carga de tuberculosis: 42 % en Indonesia, 37% en Filipinas y 25% en India. La disminución fue del 41% en Sudáfrica, el país con la carga más alta de coinfección por tuberculosis-VIH del mundo (Figura 10.5). La cantidad de personas que recibieron atención por tuberculosis en Sudáfrica se recuperó en la segunda mitad de 2020 antes de disminuir drásticamente cuando se volvieron a imponer las restricciones de movimiento relacionadas con COVID-19 a fines del 2020 (Figura 10.6) (37).

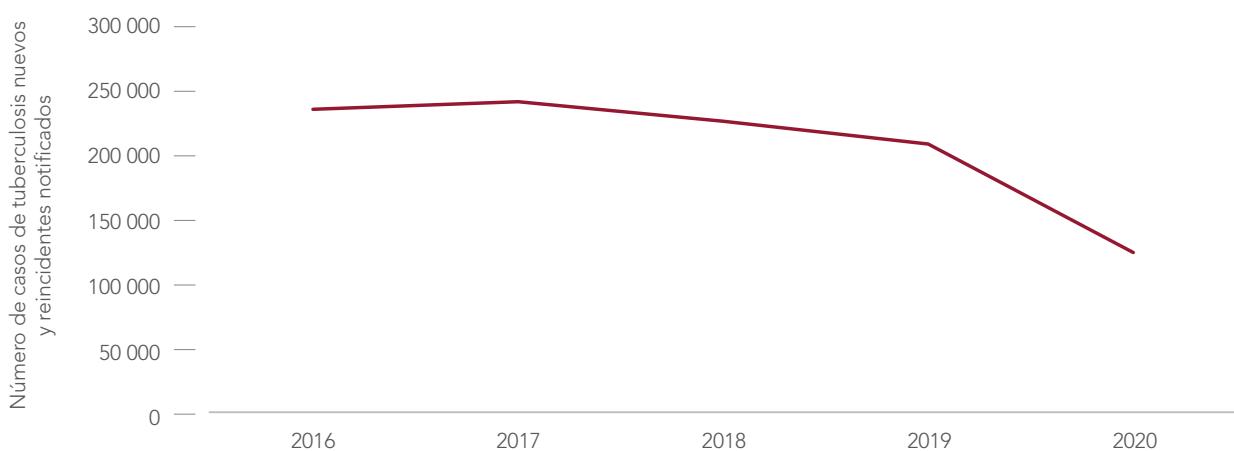
La OMS estima que las interrupciones relacionadas con COVID-19 podrían causar 500 000 muertes adicionales por tuberculosis, arrastrando al mundo de regreso al nivel de mortalidad por tuberculosis informado en el 2010. Este resultado puede evitarse si se aplican medidas efectivas de prevención y control de infecciones, y si se protege la salud y seguridad de los trabajadores sanitarios, el personal y los pacientes. Pruebas simultáneas de tuberculosis y COVID-19 que se basa en la exposición o la presencia de factores de riesgo deben aumentar, y los servicios de prevención y atención centrados en las personas deben convertirse en la norma. Una mayor participación de la comunidad y medidas concertadas para reducir el estigma y la discriminación ayudarán a cerrar las brechas en la atención (37).

<sup>2</sup> Esos 84 países representaron el 84% de la incidencia mundial estimada de tuberculosis en el 2019..

FIGURA 10.4 | NÚMERO PROVISIONAL REPORTADO DE CASOS DE TUBERCULOSIS NUEVOS Y REINCIDENTES POR MES, PAÍSES INFORMANTES, PROMEDIO DE 2020 Y 2019



**FIGURA 10.5 | NÚMERO REPORTADO DE CASOS DE TUBERCULOSIS NUEVOS Y RE INCIDENTES POR AÑO, SUDÁFRICA, 2016–2020**



Fuente: Datos de la OMS junio 2021 (disponible en [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_pronto/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto/)).

**FIGURA 10.6 | NÚMERO REPORTADO PROVISIONAL DE CASOS DE TUBERCULOSIS NUEVOS Y RE INCIDENTES POR MES, SUDÁFRICA, PROMEDIO 2019 Y 2020**



Fuente: Datos de la OMS junio 2021 (disponible en [https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb\\_pronto/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_pronto/)).



## Caso de Estudio

# MANTENER EL TRATAMIENTO Y LA ATENCIÓN DEL VIH DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los cierres, toques de queda, restricciones económicas y aislamiento social asociados con la pandemia de COVID-19 están teniendo un efecto negativo desproporcionado en las poblaciones vulnerables, incluyendo los 2.4 millones de personas que viven con VIH en América Latina y el Caribe.

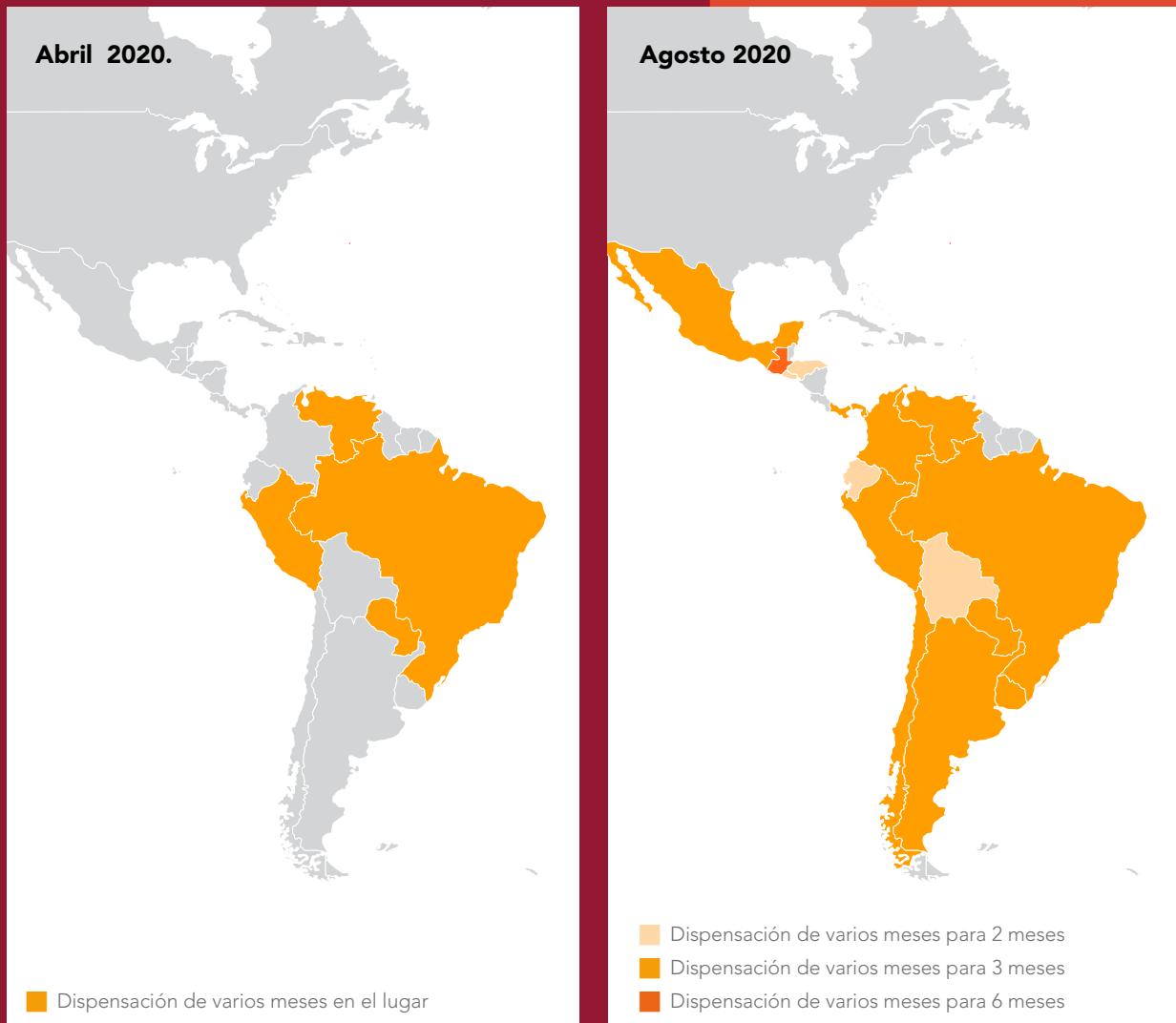
A medida que la pandemia de COVID-19 tomaba lugar a principios del 2020, surgieron evidencias de que los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH se estaban interrumpiendo en América Latina y el Caribe. Una encuesta en línea sobre la interrupción del servicio mostró que casi la mitad de las personas que reciben tratamiento contra el VIH tenían dificultades para obtener medicamentos antirretrovirales (38).<sup>3</sup> Otras investigaciones señalaron que las pruebas del VIH también se vieron afectadas (39).

Para minimizar las interrupciones del tratamiento, ONUSIDA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS promovieron enérgicamente la dispensación y distribución de medicamentos antirretrovirales para varios meses, de acuerdo con las recomendaciones existentes sobre la prestación de servicios diferenciados.

Las directrices de la OMS exigen visitas clínicas menos frecuentes (cada tres a seis meses) para los pacientes estables que reciben terapia antirretroviral y dispensación para varios meses (40). Esto reduce la posible exposición al COVID-19 mientras las personas reciben atención del VIH y alivia la tensión en los sistemas de salud (40). Los estudios han demostrado que dispensar seis meses de medicamentos antirretrovirales es tan confiable y eficaz para la atención del VIH como los intervalos de dispensación más cortos, y que puede ahorrar costos tanto para los proveedores de atención médica como para los pacientes (41, 42).

<sup>3</sup> En total, se completaron 2300 encuestas, con respuestas recibidas de 28 países

FIGURA 10.7 | ESCALA DE DISPENSACIÓN PARA MÚLTIPLES MESES DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ABRIL Y AGOSTO DE 2020



Fuente: Un análisis de la dispensación de tratamientos antirretrovirales durante varios meses, distribución comunitaria y profilaxis previa a la exposición en América Latina y el Caribe durante la pandemia de COVID-19. Oficina Regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe; 2020.

La promoción y la asistencia técnica proporcionadas por ONUSIDA y la OPS, incluyendo las directrices publicadas en julio de 2020, facilitaron un cambio rápido en las políticas de dispensación en la región (43). En marzo de 2020, solo ocho países de América Latina y el Caribe permitieron que se distribuyeran hasta tres meses de medicamentos antirretrovirales a las personas. Cinco meses después, 13 países más estaban proporcionando recetas de medicamentos antirretrovirales de dos a seis meses (Figura 10.7) (44).<sup>4,5</sup> Los datos recopilados por ONUSIDA indicaron que la proporción de personas en la región con más de dos meses de los medicamentos antirretrovirales se duplicaron de tres de cada 10 a seis de cada 10 entre abril y agosto de 2020.

También se amplió la distribución comunitaria de medicamentos antirretrovirales. Si bien solo siete países tenían políticas vigentes para la distribución comunitaria, otros tres países reclutaron organizaciones comunitarias para proporcionar entregas a domicilio de medicamentos antirretrovirales, incluyendo la República Dominicana y el Estado Plurinacional de Bolivia (en algunas zonas rurales). Se establecieron puntos de retiro comunitarios en dos estados de Brasil.

El desabastecimiento de medicamentos antirretrovirales planteó un riesgo en algunos países. En los primeros meses de la pandemia de COVID-19, la investigación de la OPS/OMS señaló que más de un tercio de los 19 países encuestados estaban en riesgo de desabastecimiento de antirretrovirales de primera línea para adultos; dos tercios tenían riesgo de desabastecimiento de antirretrovirales de segunda línea para adultos (13 países tenían inventarios de uno a seis meses) (45). Catorce países tenían inventarios limitados y diez habían experimentado un desabastecimiento completo de medicamentos antirretrovirales pediátricos (45).

Las amenazas más frecuentes a la cadena de

suministro fueron el cierre de laboratorios farmacéuticos, la suspensión de las importaciones y exportaciones, las cancelaciones de vuelos comerciales y otros medios de transportes, y los costos de transporte elevados en general.

El Fondo Estratégico de la OPS, un mecanismo técnico regional para la adquisición conjunta de medicamentos esenciales y suministros de salud estratégicos, monitoreó los inventarios regionales, identificó qué países y medicamentos estaban en riesgo de desabastecimiento, negoció el acceso internacional a las existencias y recomendó regímenes alternativos.

La solidaridad internacional también jugó un papel importante: seis de los siete países que enfrentan un riesgo inminente de desabastecimiento de antirretrovirales (el Estado Plurinacional

de Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Jamaica y Panamá) recibieron préstamos o intercambios de suministros. A lo largo del 2020, la OPS negoció acuerdos a largo plazo con proveedores para apoyar la adquisición de antirretrovirales en 21 países de la región.

En agosto de 2020, los suministros de antirretrovirales estaban más seguros que antes de la pandemia. Ningún país experimentó desabastecimientos a nivel nacional, y solo tres de los 14 países encuestados tenían cuatro meses o menos de inventario de reserva de antirretrovirales disponibles (Figura 10.8).

Además, pocos países de la región redujeron sus servicios de atención del VIH durante la pandemia de COVID-19: de los 19 países encuestados, 14 mantuvieron todas sus instalaciones de atención en funcionamiento, solo cinco redujeron sus servicios en un 25% o más, y ninguno país informó de interrupciones reales en el suministro de antirretrovirales (46).

4 La República Dominicana y Guatemala autorizaron la dispensación de varios meses hasta por seis meses, mientras que los otros países la permitieron hasta por tres meses.

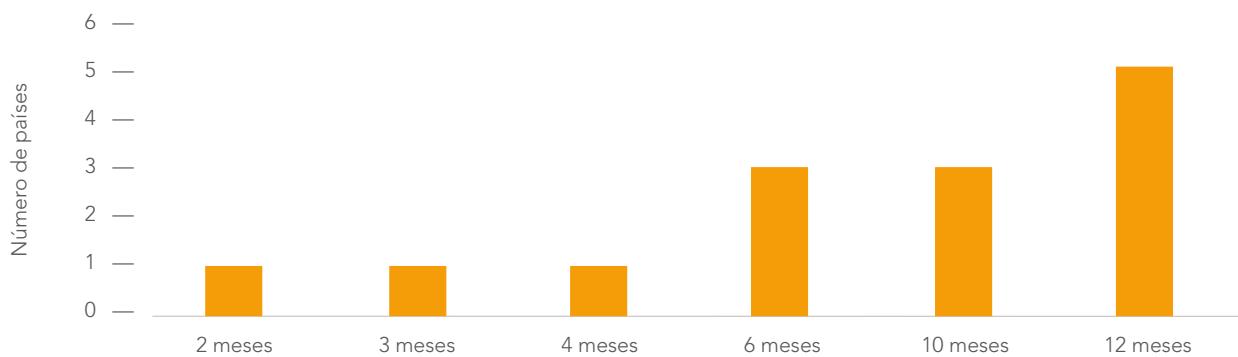
5 El estudio de ONUSIDA examinó la situación en 24 países: Argentina, Belice, República Bolivariana de Venezuela, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, , Estado Plurinacional de Bolivia, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Surinam y Uruguay. Los datos se obtuvieron de: encuestas de ONUSIDA; el sitio web de seguimiento de servicios de VIH (<https://hivservicestracking.unaids.org>); el Inventario de Antirretrovirales compilado por OPS / OMS y ONUSIDA; el Fondo Estratégico de la OPS; y entrevistas con las oficinas de país y las organizaciones regionales de ONUSIDA (SE-COMISCA y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal).

**TABLA 10.1 | AVANCE HACIA LA DISPENSACIÓN DE VARIOS MESES Y DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE ANTIRRETRIVIRALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

País	1. ¿Tiene una política de MMD?	2. Frecuencia de dispensación según Política MMD	3. ¿Es la política MMD una consecuencia de COVID-19?	4. ¿Es la estrategia ampliamente implementada?	5. ¿Hay regulaciones para la distribución comunitaria de TAR?	6. ¿Hay regulaciones para la distribución comunitaria de TAR nivel nacional?
Argentina	Sí	3 meses	Sí	No	No	No
Belice	Sí	2 meses	Sí	No	Sin datos	Sin datos
Bolivia Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	2 meses	Sí	Sí	No	No
Brasil	Sí	3 meses	No	Sí	No	No
Chile	Sí	3 meses	Sí	Sí	No	No
Colombia	Sí	3 meses	Sí	Sin datos	No	No
Costa Rica	No	1 meses	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Cuba	Sí	2 meses	No	Sí	Sí	Sí
República Dominicana	Sí	6 meses	Sí	Sí	Sí	No
Ecuador	Sí	2 meses	Sí	Sí	No	No
El Salvador	Sí	2 meses	Sí	Sí	Sí	No
Guatemala	Sí	3–6 meses	Sí	Sí	Sí	En parte
Guyana	Sí	2 meses	No	No	No	No
Haití	Sí	3 meses	No	Sí	Sí	Sí
Honduras	Sí	2 meses	Sí	No	No	No
Jamaica	No	1 meses	Sin datos	No	No	No
México	Sí	3 meses	Sí	No	No	No
Nicaragua	No	1 meses	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Panamá	Sí	3 meses	Sí	Sí	No	No
Paraguay	Sí	3 meses	No	Sí	Sí	No
Perú	Sí	3 meses	No	Sí	No	No
Surinam	Sí	2 meses	No	No	No	No
Uruguay	Sí	3 meses	Sí	Sí	No	No
Venezuela (República Bolivariana de)	Sí	3 meses	No	No	No	No

Fuente: Datos de ONUSIDA y OPS/OMS (Situación de los servicios de VIH/ITS en el contexto de la encuesta de COVID-19). Nota: MMD = dispensación para varios meses; TAR = medicamentos antirretrovirales.

**FIGURA 10.8 | MESES DE INVENTARIOS DE ANTIRRETRIVIRALES DISPONIBLES A NIVEL NACIONAL, 14 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, AGOSTO DE 2020**



Fuente: Datos de la Encuesta de Servicios OPS/OMS, realizada en agosto de 2020.

Nota: De los 24 países incluidos en el estudio, 14 proporcionaron datos sobre los meses de inventarios disponibles.

## Referencias

1. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Descripción general de la infección por SARS-CoV-2 en adultos que viven con VIH. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294-e305.
2. Del Amo J. ¿El VIH afecta la susceptibilidad o la gravedad de COVID-19? Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6–10 marzo 2021. Resumen 31.
3. El impacto de COVID-19 en los servicios y sistemas de salud para el VIH, la tuberculosis y la malaria: un resumen de 502 establecimientos de salud en África y Asia. Ginebra: Fondo Mundial; 2021.
4. Huang Y-L, Zhu W, Kourtis A, Hall I, Hoover KW. Impacto de COVID-19 en las prescripciones de PrEP en los Estados Unidos: un análisis de series en el tiempo. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 731.
5. Pascom A, Veras N, Pinho R, Pereira I, Aquino L, De Freitas M et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención del VIH en Brasil. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 741.
6. Mahwire TC, Koloane N, Burgess J, Makaba Z, Serrao C, Malone T. Mejoramiento de la implementación de profilaxis previa a la exposición al VIH durante la pandemia de COVID-19. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 747.
7. Cadenas de suministro de alimentos y COVID-19: impactos y lecciones de política. OECD; 2020 ([https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134\\_134305-ybqvdf0kg9&title=Food-Supply-Chains-and-COVID-19-Impacts-and-policy-lessons](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134305-ybqvdf0kg9&title=Food-Supply-Chains-and-COVID-19-Impacts-and-policy-lessons)).
8. El devastador precio de COVID-19. En: Programa Mundial de Alimentos Estados Unidos [Internet]. Programa Mundial de Alimentos EE.UU; c2021 (<https://www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/covid-19/>).
9. Índice de estigma e informes de países. GNP+; 2016–2019.
10. COVID-19 y el mundo del trabajo: un enfoque en las personas que viven con VIH. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; junio de 2020 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_747263.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_747263.pdf)).
11. Essien EJ, Mgbere O, Iloanusi S, Abughosh SM. Infección por COVID-19 entre personas con VIH / SIDA en África: brechas de conocimiento, preparación para la salud pública y prioridades de investigación. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):113-8.
12. Stewart-Isherwood L. Identificación de poblaciones de alto riesgo para pruebas específicas y respuesta rápida al tratamiento de una cohorte de detección y prueba de COVID-19 en Sudáfrica: un análisis de datos de observación. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE44.
13. Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Adaptación rápida de los programas de tratamiento del VIH en respuesta al COVID-19 — Namibia, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(42):1549-51.
14. Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Garantizar la continuidad del servicio de VIH durante la pandemia de COVID-19 en Kampala, Uganda. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 729.
15. Harris TG, Jaszi EG, Laudari CA, Nijirazana B, Brou H, Malele F et al. Resiliencia de las actividades relacionadas con el VIH durante la pandemia de COVID-19 en los establecimientos de salud de África. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 186.
16. Oseku E, Nakibuuka E, Mutala J, Namyanya L, Nanyonjo M, Kabuye AN et al. Call for Life: apoyando a las personas que viven con VIH (PVIH) con una herramienta interactiva de respuesta de voz durante el cierre del COVID-19 en Uganda. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEF55.
17. Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. Pruebas de VIH en medio de COVID-19: esfuerzos comunitarios para llegar a hombres que tienen sexo con hombres en tres países de Kenia. *Gates Open Res*. 2020;4:117.
18. Tun NN, Hlain M, Smithuis F. Adaptar y superar los desafíos de las actividades de prevención y tratamiento del VIH bajo la amenaza del SARS-CoV-2 en Myanmar. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE43.

19. Amatavete S, Seekaew P, Lujintanon S, Chginbunchorn T, Teeratakulpisarn N, Teeratakulpisarn S et al. Telesalud para la continuación de la terapia antirretroviral en el mismo día durante el brote de COVID-19 y más. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE47.
20. Arendse KD, Makeleni-Leteze T, Mantangana N, Nxiba X, Dutyulwa T, Flower T et al. Apoyo telefónico para las personas que viven con VIH que no están haciendo frente al TAR durante la pandemia de COVID-19: lecciones aprendidas de la respuesta de Médicos Sin Fronteras en Sudáfrica. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE47.
21. Ballivian J, Alcaide ML, Cecchini D, Jones DL, Abbamonte JM, Cassetti. Interrupción de la atención médica y salud mental entre personas que viven con VIH durante el cierre de COVID en Argentina. 23a Conferencia Internacional sobre el SIDA, 6-10 de julio de 2020. Resumen LBPEE48.
22. Ennis N, Amas L, Butame S. Barreras que afectan la adherencia a las citas médicas de telesalud entre las PVVS. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo 2021.
23. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Caracterización de la presentación de COVID-19 y los resultados clínicos en pacientes con VIH en los EE. UU. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 548.
24. Croxford S. Mortalidad por COVID-19 entre personas con VIH en comparación con la población general durante la primera ola de la epidemia en Inglaterra. Quinta Conferencia Conjunta de la Asociación Británica del VIH y la Asociación Británica para la Salud Sexual y el VIH, 19 de abril de 2021. Resumen 9.
25. Boulle A, Davies MA, Hussey H, Ismail M, Morden E, Vundle Z et al. Factores de riesgo de muerte por COVID-19 en un estudio de cohorte de población de la provincia de Western Cape, Sudáfrica. *Clin Infect Dis.* 2020;ciaa1198.
26. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. Infección por VIH y muerte por COVID-19: un análisis de cohorte basado en la población de los datos de atención primaria del Reino Unido y los registros nacionales de defunción vinculados dentro de la plataforma OpenSAFELY. *Lancet HIV.* 2021;8(1):e24-e32.
27. Kanwugu ON, Adadi P. Coinfección VIH / SARS-CoV-2: una perspectiva global. *J Med Virol.* 2021;93(2):726-32.
28. Ho HE, Peluso MJ, Margus C, Matias Lopes JP, He C, Gaisa MM et al. Resultados clínicos y características inmunológicas de la enfermedad por coronavirus en personas con virus de inmunodeficiencia humana. *J Infect Dis.* 2021;223(3):403-8.
29. Hoffmann C, Cada JL, Harter G, Vizcarra P, Mreno A, Cattaneo D et al. La inmunodeficiencia es un factor de riesgo grave de COVID-19 en personas que viven con VIH. *HIV Med.* 2021;2295:372-8.
30. Diez C, Romero-Raposo J, Mican R, Lopez J, Delgade-Hierro A, Garcia-Fraile LJF et al. COVID-19 en pacientes hospitalizados VIH positivos y VIH negativos: un estudio adaptado. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 544.
31. Moran CA, Oliver N, Szabo BV, Collins LF, Nguyen MI, Shah S et al. La carga de comorbilidad está asociada con la hospitalización por COVID-19 entre PWH. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 547.
32. VIH y COVID-19: una declaración sobre la preimpresión de Open SAFELY del British HIV Association (BHIVA), Terrence Higgins Trust (THT), National AIDS Trust (NAT) and NAM aidsmap. In: BHIVA.org [Internet]. 13 agosto 2020. Londres: British HIV Association; c2021 (<https://www.bhiva.org/a-statement-on-the-Open-SAFELY-pre-print>).
33. Waters LJ, Pozniak AL. Muerte por COVID-19 en personas con VIH: interpretar con cautela. *Lancet HIV.* 2021;8(1):e2-e3.
34. Dorward J, Khubone T, Gate K, Ngobese H, Sookrajh Y, Mkhize S. El impacto del cierre por COVID-19 en la atención del VIH en 65 clínicas de atención primaria de Sudáfrica: un análisis de series de tiempo interrumpido. *Lancet HIV.* 2021;8(3):e158-e165.
35. Los servicios de VIH dirigidos por la comunidad se intensificaron en Filipinas durante la pandemia de COVID-19. En: UNAIDS.org [Internet]. 11 de mayo de 2021. Ginebra: ONUSIDA; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210511\\_philippines](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210511_philippines)).
36. McFall AM, Mehta SH, Kawatachi J, Solomon SS, Srikrishnan AK, Celentano DC et al. Impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a servicios de VIH para poblaciones claves en India. Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, 6 a 10 de marzo de 2021. Resumen 737.

37. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la detección y mortalidad de la tuberculosis en el 2020. Ginebra: OMS; 2021 ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020.pdf?sfvrsn=3fdd251c\\_16&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-tuberculosis/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-tb-detection-and-mortality-in-2020.pdf?sfvrsn=3fdd251c_16&download=true)).
38. El VIH, un grave problema de salud pública en América Latina. In: Noticias ONU [Internet]. 1 diciembre 2020. Naciones Unidas; c2020 (<https://news.un.org/es/story/2020/12/1484902>).
39. Directrices para la implementación de la dispensación de antirretrovirales durante varios meses. Versión 1, 23 de julio de 2020. Washington (DC): OPS y OMS; 2020 (<https://www.paho.org/en/documents/guidelines-implementation-multi-monthdispensing-antiretrovirals-version-1-23-july-2020>).
40. Traub AM, Ifafore-Calfee T, Phelps BR. La dispensación de varios meses de terapia antirretroviral protege a los más vulnerables de 2 pandemias a la vez. *Glob Health Sci Pract.* 2020;8(2):176-7.
41. Hoffman RM, Moyo C, Balakasi KT, Siwale Z, Hubbard J, Bardon A et al. Dispensación de varios meses de hasta 6 meses de terapia antirretroviral en Malawi y Zambia (INTERVAL): una prueba de no inferioridad, no a ciega, aleatorizada por grupos. *The Lancet.* 2021;9(5):e628-e638.
42. Faturiyele IO, Appolinare T, Ngorima-Mabhena N, Fatti G, Tshabalala I, Tukey VJ et al. Resultados de los modelos diferenciados basados en la comunidad de dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses entre pacientes estables infectados por VIH en Lesoto: un protocolo de ensayo de no inferioridad aleatorizado por grupos. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1069.
43. Directrices para la implementación de la dispensación de antirretrovirales durante varios meses. Washington (DC): OPS y OMS; 2020 ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52949/PAHOCDEHSSCOVID-19200037\\_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52949/PAHOCDEHSSCOVID-19200037_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y)).
44. Un análisis de la dispensación de tratamientos antirretrovirales durante varios meses, la distribución comunitaria y la profilaxis previa a la exposición en América Latina y el Caribe durante la pandemia de COVID-19. Oficina Regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe; 2020.
45. Datos de ONUSIDA y OPS / OMS (del estado de los servicios de VIH / ITS en el contexto de la encuesta COVID-19).



## 11

# INTEGRACIÓN Y COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

**L**a respuesta al VIH no existe de forma aislada. Las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH tienen necesidades más amplias: necesitan servicios de salud, educación, medios de vida sostenibles y redes de seguridad social.

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el sida de 2021 reconoce que la respuesta a la pandemia del sida está interconectada con los esfuerzos para mejorar la salud mundial, responder al COVID-19, prepararse para futuras pandemias y lograr la mayor parte de los objetivos de desarrollo sostenibles. La Declaración compromete a los países a acelerar la integración de los servicios de VIH con los servicios para prevenir y combatir las coinfecciones y comorbilidades, como la tuberculosis, la hepatitis viral, las infecciones de transmisión sexual (ITS), las enfermedades no transmisibles y las afecciones de salud mental. También hace un llamado a todos los países a garantizar que los servicios diferenciados y basados en la ciencia y la evidencia contra el VIH para las personas que viven con VIH, que están en riesgo de contraerlo y afectadas por el VIH se incluyan en los paquetes de servicios para la cobertura sanitaria universal, para incluir las respuestas al VIH en sistemas sólidos y resilientes para la salud y la protección social, y reconstruir mejor de la devastación causada por COVID-19 de una manera más equitativa e inclusiva que mejore la preparación para futuras pandemias. Hay compromisos específicos para reducir las altas tasas de coinfección de VIH con tuberculosis, hepatitis viral e ITS, incluyendo el virus del papiloma humano (VPH).

La equidad, la calidad y el acceso se encuentran entre los pilares de la cobertura sanitaria universal. La prestación de una amplia gama de servicios de salud a las personas que viven con VIH, están afectadas y en riesgo de contraerlo y a otras poblaciones prioritarias a lo largo de su vida requiere prestar atención al estigma y la discriminación y otros impedimentos a los servicios. Estos incluyen desigualdades de género, violencia sexual y de género, pobreza, condiciones de vida inadecuadas e inversiones insuficientes en protección social y educación. Las funciones claves del sistema de salud, incluyendo gobernanza, prestación de servicios, información sanitaria, gestión de la cadena de suministro y adquisiciones, recursos humanos y financiamiento, deben fortalecerse para respaldar la prestación eficaz de servicios integrados y de VIH, incluyendo el acceso a medicamentos de calidad y otros productos y tecnologías e innovaciones sanitarias.

La integración está progresando bien en algunas áreas. Por ejemplo, se han fortalecido los vínculos entre el tratamiento del VIH y la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la tuberculosis (ver Capítulo 02). En otras áreas, sin embargo, el progreso es demasiado lento. Por ejemplo, la cobertura de detección, tratamiento y atención del cáncer de cuello uterino para las mujeres que viven con VIH sigue siendo demasiado baja en la mayoría de los países y entornos con una alta carga de VIH.



## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

- Asegurar la integración progresiva del financiamiento para las respuestas al VIH dentro del financiamiento nacional para la salud, la protección social, las respuestas de emergencia y las respuestas a las pandemias.
- Acelerar la integración de los servicios relacionados con el VIH en la cobertura sanitaria universal y sistemas de salud y protección social resilientes y fuertes.
- Invertir en sistemas sólidos, resilientes, equitativos y financiados con fondos públicos para los sistemas de protección social y de salud que proporcionen al 90% de las personas que viven con VIH, están en riesgo de contraerlo y están afectadas por el VIH con servicios integrados enfocados en las personas y específicos del contexto para el VIH y otras enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, atención de la salud sexual y reproductiva y violencia de género, salud mental, cuidados paliativos, tratamiento de la dependencia del alcohol y el uso de drogas, servicios legales y otros servicios que necesitan para su salud y bienestar en general.

Una mujer que vive con VIH recibe un chequeo médico en un centro de salud de distrito en Hanói, Vietnam.

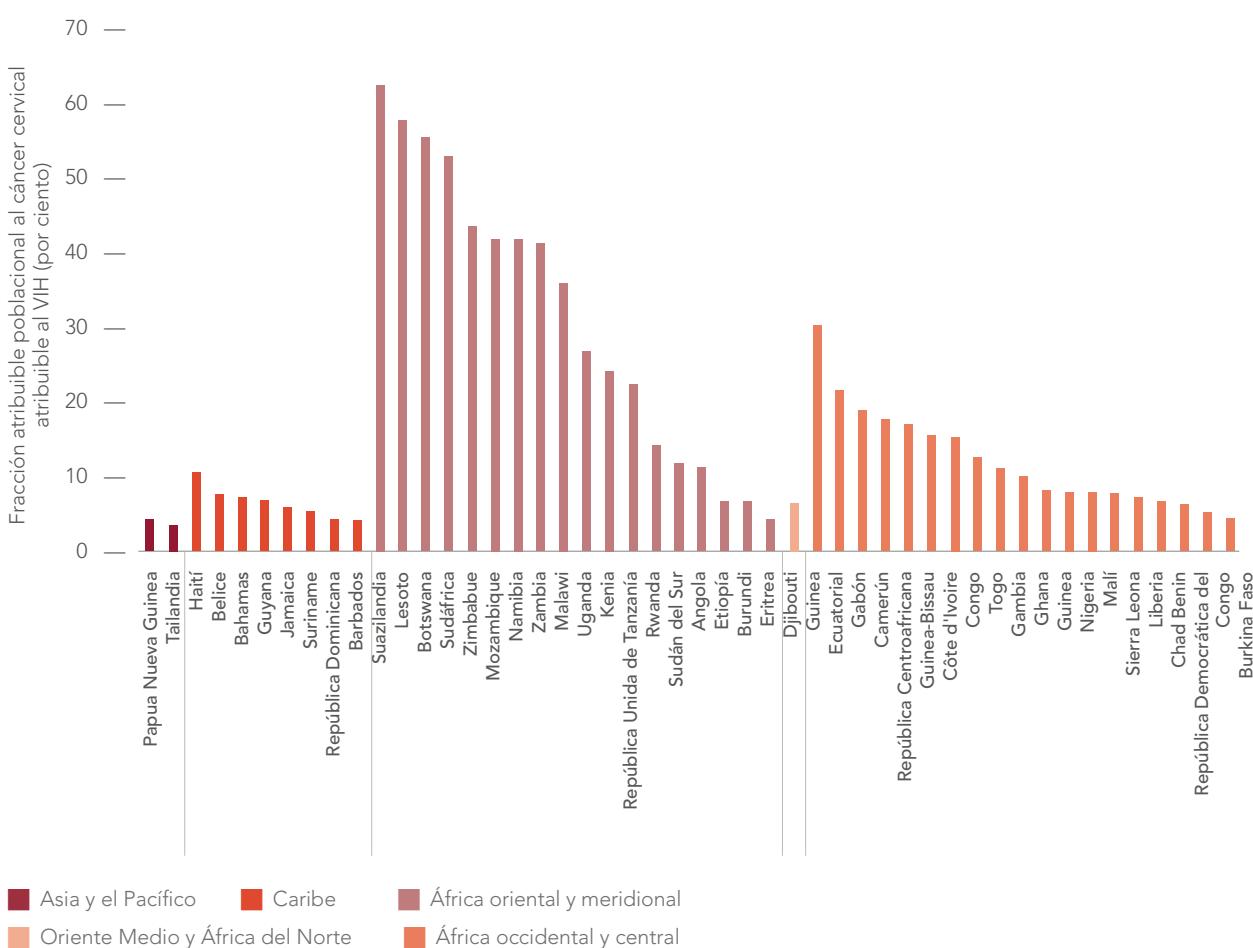
Crédito: ONUSIDA

# DATOS SOBRE EL VIH

## Elevada carga de cáncer cervical en el África subsahariana

El cáncer cervical es el tercer cáncer más común entre las mujeres a nivel mundial, con más de 600 000 nuevos casos estimados en el 2020 (1). El cáncer de cuello uterino es una enfermedad que define al sida y es el cáncer más común entre las mujeres que viven con VIH (2). A menudo es causado por una infección con subtipos de VPH de alto riesgo, una infección común, pero prevenible que las mujeres con sistemas inmunológicos comprometidos luchan por eliminar. La infección por VPH también puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH (3). Las mujeres que viven con VIH tienen un alto riesgo de infección persistente por VPH: tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino invasivo, que se desarrolla dos veces más rápido para las mujeres con infección por VIH no tratada, y tienen más probabilidades que las mujeres sin VIH de morir de cáncer de cuello uterino, incluso al recibir terapia antirretroviral contra el VIH (4).

**FIGURA 11.1 | ESTIMACIÓN DE LA FRACCIÓN ATRIBUIBLE POBLACIONAL DEL CÁNCER CERVICAL ATRIBUIBLE AL VIH, 50 PAÍSES CON LA CLASIFICACIÓN MÁS ALTA, 2018**



Fuente: Adaptado de: Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah ASV et al. Estimaciones de la carga mundial del cáncer cervical asociado con el VIH. Lancet Glob Health. 2021;9(2):E161-E169.

Nota: La figura muestra datos de 48 países. Los datos de Turkmenistán (5–9,99%) y Trinidad y Tobago (<5%) no se muestran porque las estimaciones del VIH no son publicadas por ONUSIDA.

La vacunación contra el VPH y la prueba del cáncer cervical, seguidos de un tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas, son muy rentables y la OMS los recomienda como “la mejor opción” para la prevención de las enfermedades no transmisibles (5, 6). Estas intervenciones deben ser las principales prioridades en los países y entornos donde se ha agregado una carga sustancial de cáncer cervical atribuible al VIH se ha añadido a la carga de cáncer cervical existente. Se estima que el 85% de las mujeres con cáncer cervical viven en África subsahariana, donde la proporción de mujeres que viven con VIH entre las personas con cáncer cervical superó el 40% en nueve países, lo que subraya el vínculo entre el VIH y la carga del cáncer de cuello uterino en la región (Figura 11.1). Malawi, Mozambique, Sudáfrica, Uganda, la República Unida de Tanzania y Zimbabue representaron aproximadamente la mitad de todas las mujeres que viven con VIH que desarrollaron cáncer cervical en el 2018 (4).

La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 incluye objetivos específicos de la población que se alcanzarán en el 2025. Estos objetivos incluyen:

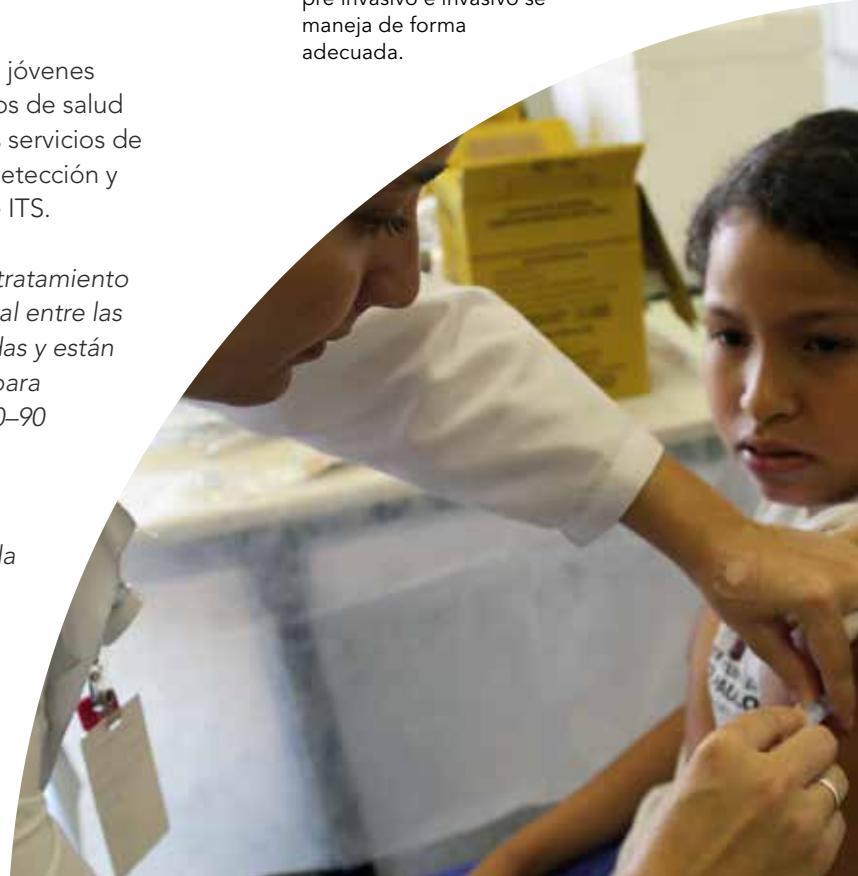
- 90% de las mujeres que viven con VIH tengan acceso a servicios integrados o vinculados para el tratamiento del VIH y el cáncer cervical.
- 90% de las niñas en edad escolar (9 a 14 años) de los países prioritarios tengan acceso a la vacunación contra el VPH.
- 90% de las adolescentes y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que integran los servicios de VIH e incluyen, entre otros servicios, detección y tratamiento del VPH, cáncer cervical e ITS.

*Garantizar el acceso a la prevención y el tratamiento primarios y secundarios del cáncer cervical entre las mujeres que viven con VIH, están afectadas y están en riesgo de contraerlo es fundamental para el logro de los objetivos mundiales 90-70-90 de la Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cervical como un Problema de Salud Pública, que fue lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre de 2020 (7)<sup>1</sup>.*

## DATOS SOBRE EL VIH

**Se estima que el 85% de las mujeres con cáncer cervical viven en el África subsahariana. La vacunación contra el VPH y la detección del cáncer cervical, seguida de un tratamiento adecuado de las lesiones precancerosas, son soluciones muy rentables.**

<sup>1</sup> Los objetivos 90-70-90 son los siguientes: 90% de las niñas vacunadas con la vacuna contra el VPH a los 15 años de edad; 70% de las mujeres se sometieron a pruebas de detección mediante una prueba de alto rendimiento a los 35 años de edad y de nuevo a los 45 años; y 90% de las mujeres identificadas con cáncer cervical pre invasivo e invasivo se maneja de forma adecuada.



## Caso de Estudio

# IR MÁS ALLÁ EN CONTRA DEL CÁNCER CERVICAL EN MALAWI

La asociación Go Further está trabajando en 12 países de África subsahariana para reducir en un 95%<sup>2</sup> los nuevos casos de cáncer cervical entre los 7.1 millones de mujeres que viven con VIH. Go Further, una innovadora asociación público-privada entre el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el Instituto George W. Bush, ONUSIDA y Merck, que tiene como objetivo evaluar a todas las mujeres que viven con VIH entre los 25 y 49 años, y quienes están en tratamiento contra el VIH en los países socios cada dos años y para proporcionar tratamiento el mismo día a las mujeres con lesiones de cáncer cervical pre invasivas.<sup>3</sup>

Go Further se enfoca en la integración y ampliación de los servicios de detección y tratamiento del cáncer cervical dentro de las plataformas existentes para el tratamiento contra el VIH y la salud de la mujer. La asociación también involucra a las comunidades en la creación de concientización y demanda de los servicios, mejorando los sistemas de referencia y fortaleciendo la atención. Desde su lanzamiento en mayo de 2018, Go Further ha proporcionado pruebas de detección del cáncer cervical a más de 1.5 millones de mujeres que viven con VIH (1.3 millones de las cuales se sometieron a pruebas de detección por primera vez) y más de 60 000 mujeres con lesiones precancerosas han recibido tratamiento el mismo día.

Uno de los países prioritarios de Go Further es Malawi, donde la incidencia de cáncer cervical se encuentra entre las más altas del mundo.<sup>4</sup> Desde el 2019, casi 120 000 mujeres que viven con VIH en Malawi se han sometido a pruebas de detección de cáncer cervical y el 68% de aquellas con lesiones precancerosas han recibido tratamiento. El personal de atención médica y los compañeros de apoyo en los centros de tratamiento del VIH, conocidos como "clientes expertos", explican la importancia de las pruebas de detección del cáncer cervical a las mujeres que viven con VIH y las vinculan con esos servicios.

Al trabajar en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud de Malawi y socios técnicos, la asociación Go Further ha introducido el procedimiento de escisión electro quirúrgica (LEEP), un método ambulatorio para eliminar grandes lesiones cervicales precancerosas, en todos los hospitales de distrito de Malawi. Los socios implementadores de PEPFAR están fortaleciendo las redes de referencia para las mujeres que viven con VIH que requieren acceso al procedimiento, y también están mejorando la atención especializada para las mujeres con sospecha de cáncer cervical invasivo que aún no pueden acceder a los servicios preventivos recomendados.

El programa conjunto de cáncer cervical y VIH en Malawi tiene como objetivo integrar completamente los servicios de cáncer cervical y VIH en los 750 centros de tratamiento del VIH del país. A fines del 2020, 311 de esos sitios ofrecían servicios tanto para el cáncer cervical como para el VIH, de 81 en el 2017.

2 Otros países socios de Go Further: Botsuana, Suazilandia, Etiopía, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe.

3 Para obtener mayor información, visite: <https://www.state.gov/partnership-to-end-aids- and-cervical-cancer/>

4 La tasa de incidencia estandarizada por edad estimada fue de 679 casos de cáncer cervical por 100 000 mujeres en el 2020, según el Observatorio Global del Cáncer (8).

## Referencias

1. Cuello uterino. El Observatorio Global del Cáncer; 2021 (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>).
2. Directrices consolidadas de la OMS sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Segunda ed. Ginebra: OMS; 2016 (<https://www.who.int/hiv/pub/arv/annexes-5Sep2016.pdf?ua=1>).
3. Liebenberg LJP, McKinnon LR, Yende-Zuma N, Garrett N, Baxter C, Kharsany ABM et al. Infección por VPH y medio de citocinas genitales en mujeres con alto riesgo de contraer el VIH. *Nat Commun.* 2019;10:5227.
4. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil Al, Baussano I, Shah ASV et al. Estimaciones de la carga mundial de cáncer cervical asociado con el VIH. *Lancet Glob Health.* 2021;9(2):E161-E169.
5. Luchando contra las ENT: "mejores compras" y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2017.
6. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>).
7. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer cervical como problema de salud pública. Ginebra: OMS; 2020.
8. CI5: Incidencia de cáncer en cinco continentes [Internet]. Lyon: IARC; c2021 (<https://ci5.iarc.fr/Default.aspx>).

# 12

## POBLACIONES MÓVILES

**A** medida que la pandemia de COVID-19 fue tomando lugar a inicios del 2020, se estima que 79.5 millones de personas fueron desplazadas por la fuerza debido a desastres naturales o climáticos, así como persecución, conflictos, violencia y violaciones de los derechos humanos o hechos que perturben gravemente el orden público (1, 2). También hubo un estimado de 281 millones de migrantes internacionales en el 2020 (3). La pandemia de COVID-19 creó desafíos aún mayores para brindar a las poblaciones móviles un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales, incluyendo el tratamiento y el apoyo del VIH.

Existen guías y herramientas efectivas para abordar el VIH en situaciones de crisis, en parte debido a los esfuerzos del Programa Conjunto de ONUSIDA y los socios colaboradores que integran el VIH en intervenciones claves para poblaciones móviles y facilitan su inclusión en los sistemas nacionales de salud y protección. Entre los 42 países que acogen a los refugiados (todos menos dos en África subsahariana) que fueron encuestados por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en el 2019, el 88% informó que los refugiados podían acceder al tratamiento del VIH a través de los sistemas nacionales, y el 100% informó que había tratamiento gratuito disponible para la tuberculosis (4).

La Declaración Política de las Naciones Unidas (ONU) sobre el sida de 2021 requiere que para 2025, el 90% de las personas en entornos humanitarios tengan acceso a servicios integrados de VIH y el 95% de las personas en entornos humanitarios en riesgo de contraer el VIH utilicen opciones de prevención combinadas adecuadas.

Las personas migrantes se identifican como una población vulnerable en la Declaración, y la Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 exige que el 90% de las personas migrantes y otras personas en movimiento tengan acceso a servicios integrados, adaptados y enfocados en las personas contra el VIH y otras enfermedades transmisibles, violencia sexual y de género.

Aunque la migración por sí sola no es un factor de riesgo para el VIH, puede complicar el acceso a los servicios de VIH. Los estudios muestran que el acceso de los migrantes a los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH es a menudo inferior al de las personas no migrantes (5-9). Las leyes y reglamentos nacionales suelen restringir el acceso a los servicios para las personas migrantes irregulares, mientras que el miedo a la deportación disuade a muchos de acceder a los servicios esenciales. El estigma y la discriminación socavan aún más su acceso a los servicios esenciales, y es probable que las personas migrantes que pertenecen a poblaciones claves experimenten una discriminación especialmente severa en muchos países (10, 11). La exclusión de los no ciudadanos de los sistemas nacionales de salud y protección social ha dejado a los migrantes y otras poblaciones móviles especialmente vulnerables durante la pandemia de COVID-19, destacando la importancia de sistemas de salud y protección social verdaderamente inclusivos (12).



Una migrante venezolana cruza un puente en la frontera entre Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, Cúcuta, Colombia.

Crédito: ONUSIDA/Ramón Lepage

## OBJETIVOS Y COMPROMISOS 2025 EN LA DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE EL SIDA 2021

- Asegurar que el 90% de las personas en entornos humanitarios tengan acceso a servicios integrados contra el VIH.
- Asegurar que el 95% de las personas en entornos humanitarios en riesgo de VIH utilicen opciones de prevención combinada apropiadas, priorizadas, centradas en las personas y efectivas.
- Construir de una manera más equitativa e inclusiva a raíz de COVID-19 y las situaciones humanitarias, y fortalecer la salud pública y mejorar las respuestas y la preparación para futuras pandemias.

Aunque la migración por sí sola no es un factor de riesgo para el VIH, puede complicar el acceso al servicio contra el VIH. Los estudios muestran que el acceso de las personas migrantes a los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH es a menudo inferior al de las personas no migrantes

## Caso de Estudio

# **TODOS JUNTOS: PROPORCIONANDO SERVICIOS CONTRA EL VIH A REFUGIADOS Y MIGRANTES VENEZOLANOS EN COLOMBIA**

En los últimos años, millones de personas venezolanas han abandonado su país para escapar de una crisis política y económica extendida. Muchas no tienen documentación oficial que les permita acceder a servicios públicos esenciales, tales como la atención de la salud, en sus países de acogida.

La situación de muchas personas refugiadas y migrantes ha empeorado durante la pandemia de COVID-19. Más de tres cuartas partes (77%) de las personas entrevistadas en una encuesta entre octubre-noviembre de 2020 a 1810 personas refugiadas y migrantes venezolanas informaron que COVID-19 había agravado su situación económica, incluyendo la acumulación de deudas, y las había expuesto a un mayor riesgo de desalojo. Casi el 70% de las personas encuestadas no recibió ningún tipo de asistencia que les permitiera prevenir o tener alguna protección contra el desalojo, según el estudio de agencias de la ONU y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (13).

En Colombia, más de la mitad de las 1.7 millones de personas refugiadas y migrantes venezolanas carecen de un estatus de residencia formal, lo que ha limitado su acceso a servicios básicos, protección y apoyo (14, 15). Para las personas que requieren tratamiento y atención continuos por el VIH u otros trastornos de salud, este es un riesgo importante. Según una encuesta realizada por CARE entre el 2019 y principios del 2020, un tercio de las personas migrantes que saben que tienen VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en Colombia, Ecuador y Perú no habían recibido tratamiento para esas afecciones durante al menos dos años (16).

Las personas migrantes observan el distanciamiento social como una medida preventiva de COVID-19 antes de entrar en el Centro Comunitario del Consejo Noruego para los Refugiados en julio de 2020

San Antonio del Táchira,  
República Bolivariana de  
Venezuela.

Crédito: OCHA/Gema Cortes



A mediados de 2020, Senderos Asociación Mutual, una organización no gubernamental colombiana, intervino para ayudar a llenar ese vacío. La organización se enfoca en brindar atención médica a los trabajadores de la economía popular o informal y a las personas migrantes que enfrentan dificultades para acceder a los servicios de salud en Cali, Colombia. En agosto de 2020, lanzó un proyecto para facilitar el acceso a la atención del VIH y otras ITS para refugiados y migrantes de origen venezolano. Los servicios se publicitaron mediante la entrega de volantes en comunidades con una gran población migrante, a través de plataformas de redes sociales y durante actividades públicas.

Senderos se asoció con otras organizaciones no gubernamentales (incluyendo AID for AIDS y AmeriCare) para proporcionar pruebas de VIH a 503 migrantes irregulares. Veintiséis resultaron positivos por VIH y fueron referidos a terapia antirretroviral. Otros cuarenta fueron remitidos a servicios de salud sexual y reproductiva.

Christopher Grisales, un joven venezolano, es uno de los migrantes contactados por Senderos. “Encontré un lugar donde han apoyado mi salud, con excelentes profesionales”, dice.

El Sr. Grisales ahora también tiene la perspectiva de acceder al sistema de salud pública de Colombia, luego de que el Gobierno de Colombia anunció un plan a principios de febrero de 2021 que otorgaría un estatus de protección temporal de 10 años a los venezolanos en el país. Este estatus otorga acceso a servicios básicos, incluyendo el sistema nacional de salud, la vacunación contra COVID-19 y la escolarización, y facilita que las personas refugiadas y migrantes trabajen y busquen la residencia permanente (14, 15). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Filippo Grandi, ha calificado la medida como “el gesto humanitario más importante en la región en décadas” (17).



*Miles de personas refugiadas y migrantes regresan a la República Bolivariana de Venezuela en julio de 2020 desde Colombia a través del Puente Internacional Simón Bolívar en San Antonio del Táchira, República Bolivariana de Venezuela.*

Crédito: OCHA/Gema Cortes



Personas refugiadas y migrantes venezolanas recién llegados en julio de 2020 en San Antonio del Táchira, República Bolivariana de Venezuela. A medida que los países vecinos que acogen a migrantes venezolanos implementan medidas de contención contra el COVID-19, miles están regresando a sus hogares para evitar dificultades económicas y sociales.

Crédito: OCHA/Gema Cortes



Repatriados recién llegados pasan por procedimientos administrativos en San Antonio del Táchira, República Bolivariana de Venezuela. En medio de desafíos crecientes, la pandemia de coronavirus está exacerbando las necesidades humanitarias, lo que lleva a los organismos de ayuda a aumentar su respuesta.

Crédito: OCHA/Gema Cortes

## Caso de Estudio

# RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD Y LA DIGNIDAD MEDIANTE LA NUTRICIÓN EN SOMALIA

Desde el 2012, Hafsa (un seudónimo), una mujer de 46 años de Baidoa en el estado suroccidental de Somalia, y su familia viven en el campamento de Shabele, en Bosaso, donde se reasentaron debido a la guerra civil. "En el 2019, me enfermé y me debilité mucho. Decidí visitar el Hospital General de Bosaso para recibir tratamiento, donde la enfermera me dijo que era VIH positivo. Casi me desmayo, estaba horrorizada".

Tan pronto como el esposo de Hafsa se enteró de la noticia, la abandonó a ella y a sus ocho hijos. "Perdí todo el apoyo que recibía de mi esposo y la vida se volvió muy difícil", explica. "En ese momento, dos de mis hijos estaban estudiando en la escuela primaria, pero yo no podía pagar la matrícula, así que se retiraron". En su segunda visita al hospital, a Hafsa le recetaron terapia antirretroviral y descubrió que era elegible para inscribirse en un programa de alimentos por prescripción médica.

"Después de seis meses, mi salud mejoró", dice Hafsa. "Me dieron de alta y la enfermera me refirió a otro programa, a través del cual pude recibir vales de comida. Los educadores de pares siempre me animaron a buscar mi comida y seguir tomando medicamentos. Desde entonces, mi vida ha cambiado para mejor. Me siento bien y mi dignidad ha sido restaurada. Mis hijos ahora también están inscritos en una nueva escuela, donde reciben desayuno y almuerzo gratis".

La falta de una nutrición adecuada es una razón común por la que las personas que viven con VIH interrumpen o dejan de tomar los medicamentos antirretrovirales que pueden salvarles la vida. En Somalia, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ha estado trabajando con el Ministerio de Salud para ayudar a las personas desnutridas en terapia antirretroviral y tratamiento contra la tuberculosis con apoyo nutricional especializado en 34 centros de salud en todo el país.

El PMA despliega redes de trabajadores de extensión capacitados para identificar a los pacientes potencialmente desnutridos, utilizando un protocolo estándar de búsqueda activa de casos, referencias y rastreo de las personas que interrumpen el tratamiento. Después de eso, se llevan a cabo exámenes y evaluaciones de nutrición, al igual que consejería y nutrición especializada proporcionada por trabajadores de salud que han sido capacitados en asesoramiento y apoyo para la evaluación de la nutrición (18).



*Hafsa, una mujer de 46 años que vive con VIH, es voluntaria en un centro de terapia antirretroviral, donde anima a otras personas que viven con VIH a seguir tomando sus medicamentos y acceder al apoyo nutricional.*

Crédito: PMA

En el 2020, las intervenciones alcanzaron a más de 7200 personas desnutridas que estaban recibiendo terapia antirretroviral o tratamiento contra la tuberculosis, un aumento del 40% con respecto al 2019. Los resultados fueron significativos: 87% de las personas se recuperaron de la desnutrición aguda y todas continuaron en tratamiento.

Hafsa ahora se desempeña como voluntaria en uno de los centros de salud, donde anima a otras personas que viven con VIH a que se adhieran a su tratamiento contra el VIH, accedan al apoyo nutricional adecuado y logren una supresión sostenida de la carga viral.

El PMA también está utilizando un programa de transferencia de efectivo para incluir a las personas que viven con VIH y sus familias en la red nacional de seguridad social, y ayudar a abordar algunos de los impulsores de la epidemia relacionados con la pobreza. El PMA organizó sesiones de sensibilización sobre la protección social sensible al VIH para funcionarios gubernamentales y redes de personas que viven con VIH en el estado de Puntland, al noreste del país. Esto llevó al desarrollo de planes de acción para incluir a las personas que viven con VIH en los programas de bienestar social existentes y dar publicidad a las políticas, directrices y programas de protección social, para personas que viven con VIH para que comprendan sus derechos y puedan beneficiarse del sistema de protección social existente.

## Referencias

1. Tendencias mundiales: desplazamiento forzado en el 2019. Ginebra: ACNUR; 2020 (<https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/globaltrends2019/>).
2. Tendencias de mitad de año 2020. Ginebra: ACNUR; 2020 (<https://www.unhcr.org/5fc504d44.pdf>).
3. Portal de datos de migración [base de datos]. Última actualización: 5 de febrero de 2021. Berlín: Portal de datos de migración global; c2021 (<https://migrationdataportal.org/themes/international-migrant-stocks>).
4. Actualización sobre la implementación de la respuesta al VIH para poblaciones migrantes y móviles. Documento de antecedentes de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA (UNAIDS/PCB 48/21.18). Ginebra: ONUSIDA; junio de 2021.
5. Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D et al. Prevalencia de la infección por VIH en personas desplazadas y afectadas por conflictos en siete países del África subsahariana: una revisión sistemática. *Lancet.* 2007;369(9580):2187-95.
6. Marukutira T, Gray RT, Douglass C, El-Hayek C, Moreira C, Asselin J et al. Brechas en la cascada de diagnóstico y atención del VIH para migrantes en Australia, 2013-2017: un estudio transversal. *PLoS Med.* 2020;17(3):e1003044.
7. Brown AE, Attawell K, Hales D, Rice BD, Pharris A, Supervie V et al. Seguimiento de la continuidad de la atención del VIH en poblaciones claves de Europa y Asia central. *HIV Med.* 2018. doi: 10.1111/hiv.12603.
8. Reyes-Urueña, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L et al. Diferencias entre los migrantes y la población nacida en España a través de la cascada de atención del VIH, Cataluña: Un análisis utilizando múltiples fuentes de datos. *Epidemiol Infect.* 2017;145(8):1670-81.
9. Tanser F, Bärnighausen T, Vandormael A, Dobra A. Cascada de tratamiento contra el VIH en poblaciones migrantes y móviles. *Curr Opin HIV AIDS.* 2015;10:430-8.
10. Enfrentando la discriminación: Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en los entornos de atención de la salud y más. Ginebra: ONUSIDA; 2017 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/confronting-discrimination\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf)).
11. La migración se centra en la integración, la xenofobia y la discriminación. Ginebra: OIT; 2017.
12. Medios de vida, alimentos y futuros: COVID-19 y los desplazados. Ginebra: ACNUR; 2021 (<https://storymaps.arcgis.com/stories/4b999f79628644df84ccb7c10a9edd9e>).
13. Encuesta regional sobre desalojos y refugiados y migrantes de Venezuela. San José - Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2021 (<https://r4v.info/es/documents/details/86632>).
14. El ACNUR y la OIM acogen con beneplácito la decisión de Colombia de regularizar a los refugiados y migrantes venezolanos. Comunicado de prensa conjunto ACNUR-OIM. En: UNHCR.org [Internet]. 8 febrero 2021. Ginebra: ACNUR; c2001–2021 (<https://www.unhcr.org/news/press/2021/2/60214cf74/unhcr-iom-welcome-colombias-decision-regularize-venezuelan-refugees-migrants.html>).
15. Distribución de Venezolanos en Colombia - Corte 31 de Enero de 2021. In: Migración Colombia [Internet]. 3 marzo 2021. Bogotá: Migración Colombia; [actualizado 1 Jun 2021] (<https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>).
16. Una emergencia desigual: análisis rápido de género sobre la crisis de refugiados y migrantes en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Ginebra: CARE; Junio 2020 ([https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RGA\\_ESP\\_Venezuela\\_final\\_compressed\\_0.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RGA_ESP_Venezuela_final_compressed_0.pdf)).
17. Janetsky M. Migrantes venezolanos: "El estatus legal lo cambia todo". En: BBC News [Internet]. 10 febrero 2021. BBC; 2021 (<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-56009342>).
18. Informe anual de país de Somalia 2019 Plan estratégico de país 2019-2021. Mogadishu: WFP; 2019.



# V PERFILES REGIONALES





# ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL



**A**frica oriental y meridional sigue siendo la región más afectada por el VIH, y representa aproximadamente el 55% de todas las personas, y dos tercios de todos los niños, que viven con VIH. También es la región que ha logrado el mayor progreso contra la epidemia del VIH desde el 2010: las nuevas infecciones por VIH disminuyeron en un 43% en general del 2010 al 2020, y en un 64% entre los niños (0 a 14 años), las reducciones más pronunciadas en cualquier región..

En su conjunto, la región estuvo muy cerca de lograr los objetivos del 2020 en cuanto a pruebas y tratamiento, un logro notable dada la alta carga del VIH en la región. Países como Suazilandia, Namibia y Zambia han demostrado un gran liderazgo en el avance hacia los objetivos 90–90–90, y Suazilandia ya ha logrado las metas 95–95–95. En general, hubo un 50% menos de muertes por causas relacionadas con el sida en el 2020 en comparación con 10 años antes.

Sin embargo, la magnitud de la epidemia en la región es tal que todavía cobró 310 000 [220 000–470 000] vidas en el 2020, y 670 000 [470 000–930 000] personas contrajeron VIH en el mismo período. Se estima que el 58% de esas infecciones se produjeron entre mujeres y niñas, en un contexto de desigualdades de género y violencia de género prevalente arraigados. Las poblaciones claves y sus parejas sexuales representaron el 32% de las infecciones nuevas en el 2020.

La cobertura de pruebas y tratamiento para los hombres continúa siendo significativamente menor que para las mujeres, una tendencia que pone en peligro la salud y la vida de los hombres y sus parejas. Los niños han experimentado un progreso mucho más lento en la cascada de pruebas y tratamientos en comparación con los adultos.

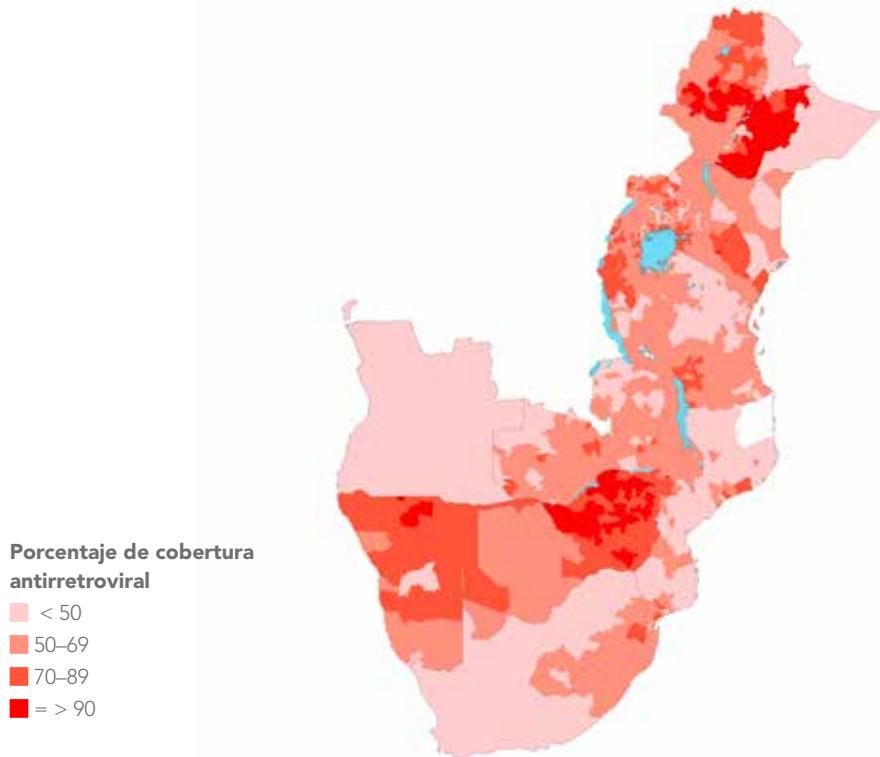
El compromiso político sigue siendo fuerte en toda la región: la mayoría de los países han adoptado objetivos ambiciosos para la expansión del programa y un mayor financiamiento nacional para sus respuestas al VIH. La amplia participación de las organizaciones y redes dirigidas por la comunidad en las actividades relacionadas con el VIH es un sello distintivo de la respuesta regional. Sus esfuerzos ayudaron a limitar las interrupciones y retrasos en los servicios contra el VIH causados por la pandemia de COVID-19.

Los esfuerzos para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la expansión de programas y educación integral en sexualidad para reducir la violencia de género, la desigualdad de género, las prácticas nocivas y el matrimonio infantil, también se están creciendo en muchos países.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

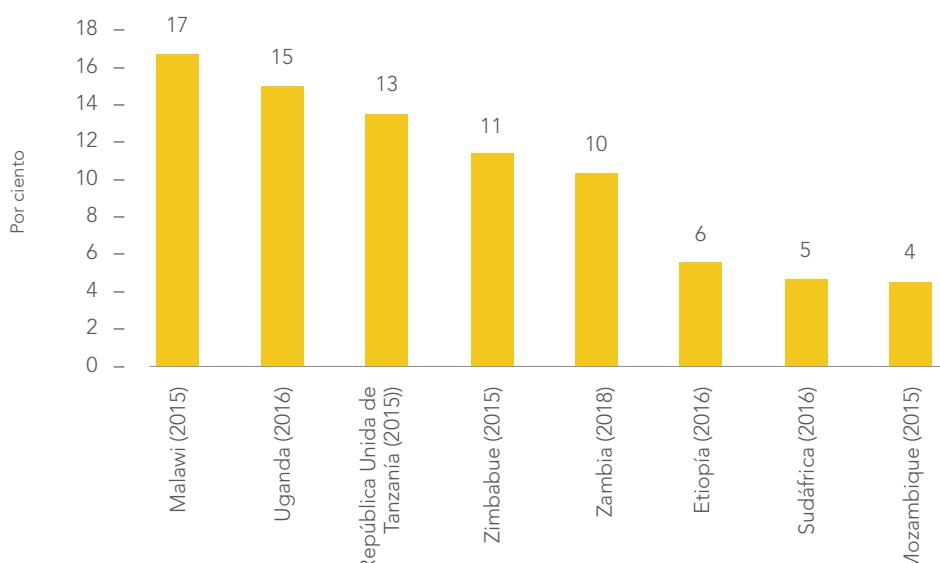
- Ampliar la prevención combinada del VIH de alto impacto para poblaciones claves, niñas adolescentes y mujeres jóvenes y hombres jóvenes en toda su diversidad.
- Conservar las ganancias en las pruebas, el tratamiento y la atención durante la pandemia de COVID-19, y abordar las brechas de cobertura de servicios geográficos y específicos de la población que están afectando particularmente a las subpoblaciones prioritarias.
- Garantizar la sostenibilidad de la respuesta al VIH, incluso mediante un mayor financiamiento e integración de servicios.
- Abordar las barreras sociales y estructurales, incluyendo las normas sociales y de género nocivas y la violencia de género.
- Empoderar a las comunidades y colocarlas en el centro de las respuestas al VIH nacionales y subnacionales. Esforzarse por adaptar los servicios relacionados con el VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos a las necesidades de los jóvenes en toda su diversidad, asegurando así una mayor aceptación de los servicios.

**FIGURA 13.1 | COBERTURA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN HOMBRES (20 A 24 AÑOS DE EDAD), A NIVEL SUBNACIONAL, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2020**



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

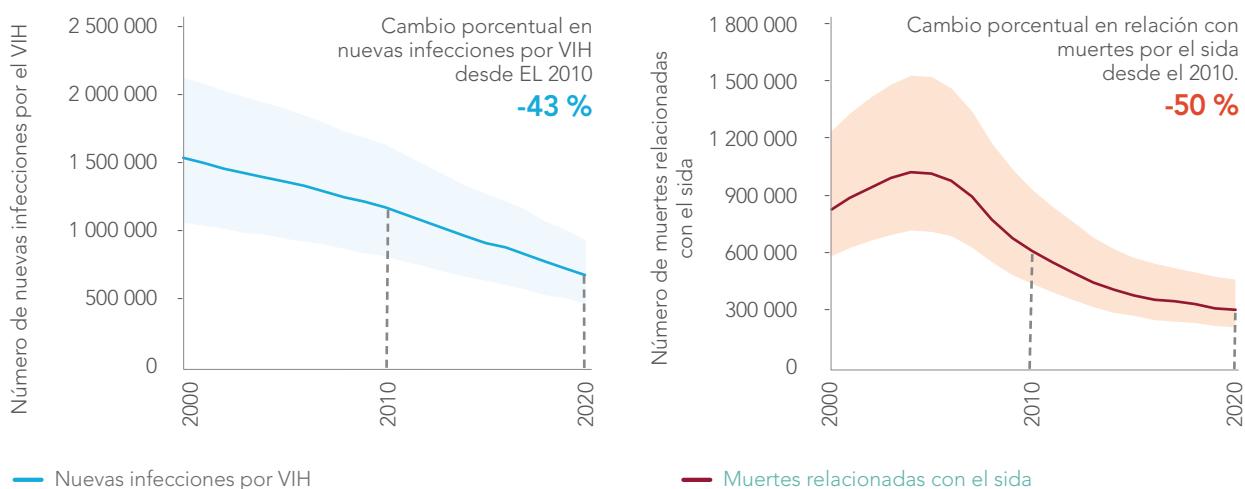
**FIGURA 13.2 | PORCENTAJE DE MUJERES JÓVENES (15 A 24 AÑOS DE EDAD) QUE REPORTAN HABER EXPERIMENTADO VIOLENCIA SEXUAL, PAÍSES SELECCIONADOS, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2015 A 2018**



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2018.

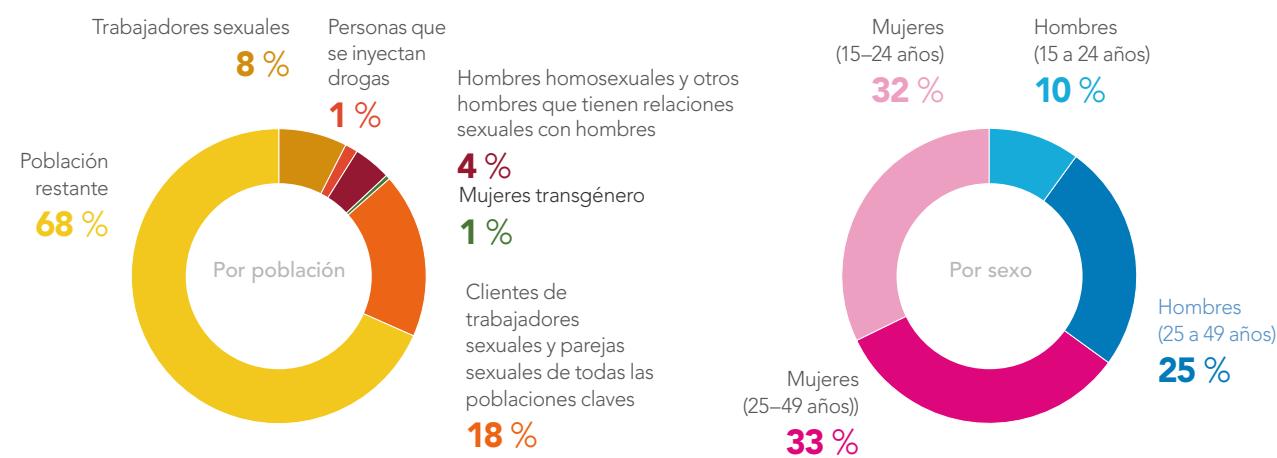
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 13.3 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2000–2020



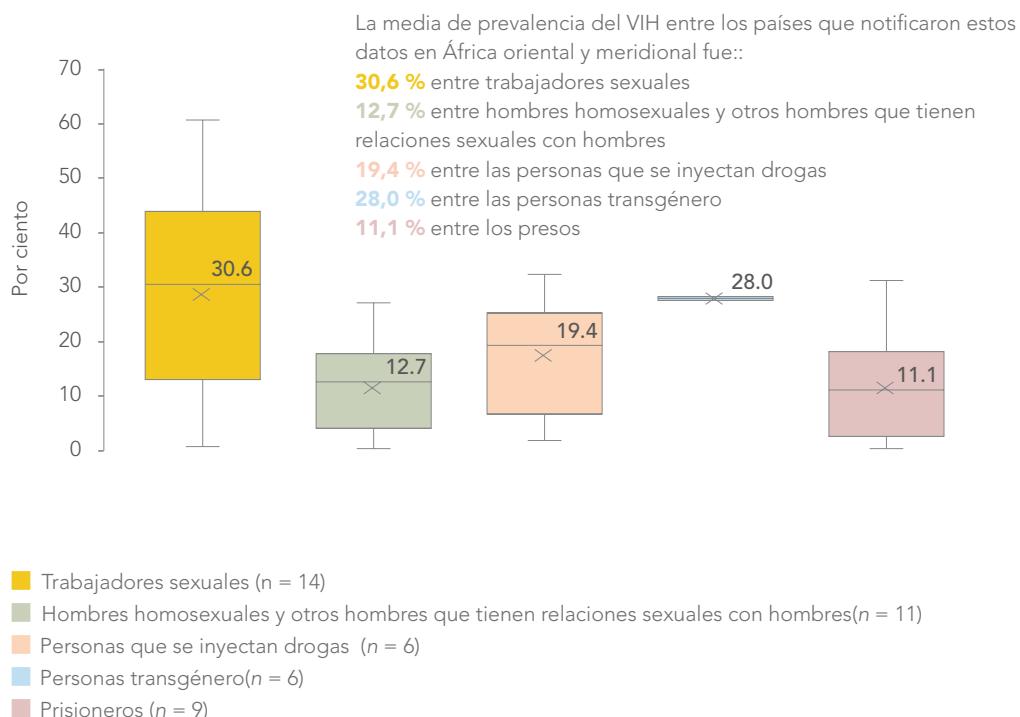
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 13.4 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS), ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2020



Fuentes: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

**FIGURA 13.5 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 21.

Cómo leer esta tabla

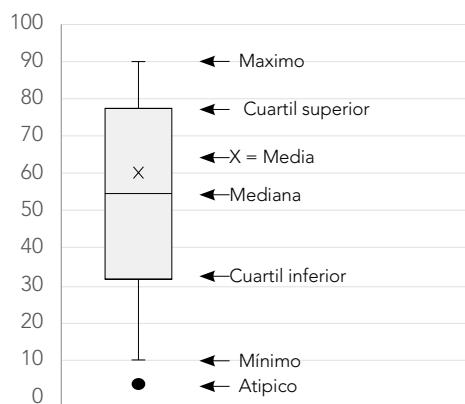


TABLA 13.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2018-2020

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Comoras	430 000									
Suazilandia	608 000								46 800	7,70 %
Kenia	25 000 000									
Lesoto	1 150 000	7500		6100						
Madagascar	13 600 000									
Malawi	9 277 000	36 100	0,39 %						14 200	
Namibia	1 311 000									
Ruanda	6 448 000	13 700	0,21 %	5900						
Seychelles	47 000								300	0,64 %
Sudáfrica	31 700 000	24 000		310 000	0,98 %				166 000	0,53 %
Sudán del Sur	5 395 000	8400								
Uganda	21 364 000									
República Unida De Tanzania	28 264 000									
Zambia	8 901 000								20 800	0,23 %
Zimbabue	8 000 000			23 300					20 900	0,26 %
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,29 %		0,73 %		0,30 %		0,16 %	-

■ Estimación del tamaño de la población nacional  
 ■ Estimación del tamaño de la población local

■ Datos insuficientes  
 ■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021; World Population Prospects 2019 [Internet]. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (datos personalizados adquiridos a través del sitio web).  
 a. Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

b. Explicación técnica: Estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el Gobierno para 2018-2020. Se pueden obtener estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de Poblaciones Clave (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales. Nota 2: Las regiones abarcadas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

Lesoto: Butha Buthe, Leribè, Mafeteng and Maseru.

Malawi: Blantyre, Chikwawa, Chitipa, Dedza, Karonga, Kasungu, Lilongwe, Mangochi, Mulanje, Mzimba, Mzuzu, Nkhata Bay, Nkhotakota, Ntcheu, Ntchisi, Nsanje, Rumphi, Thyolo y Zomba.

Ruanda: Kigali.

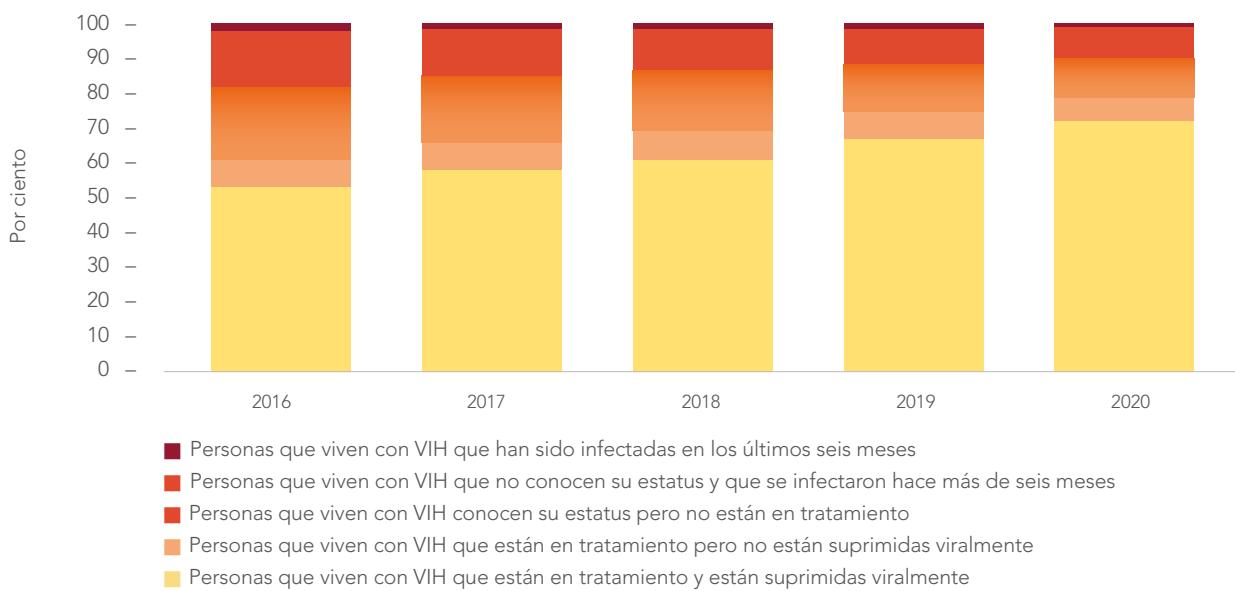
Sudáfrica: Cape Town Metro, Durban Metro y Johannesburg Metro. South Sudán: Wau and Yambio.

Zimbabue: Bulawayo y Harare.

Nota 3: Los valores notificados para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años de edad) en cuanto a coherencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población de la población masculina adulta (15 a 49 años de edad) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

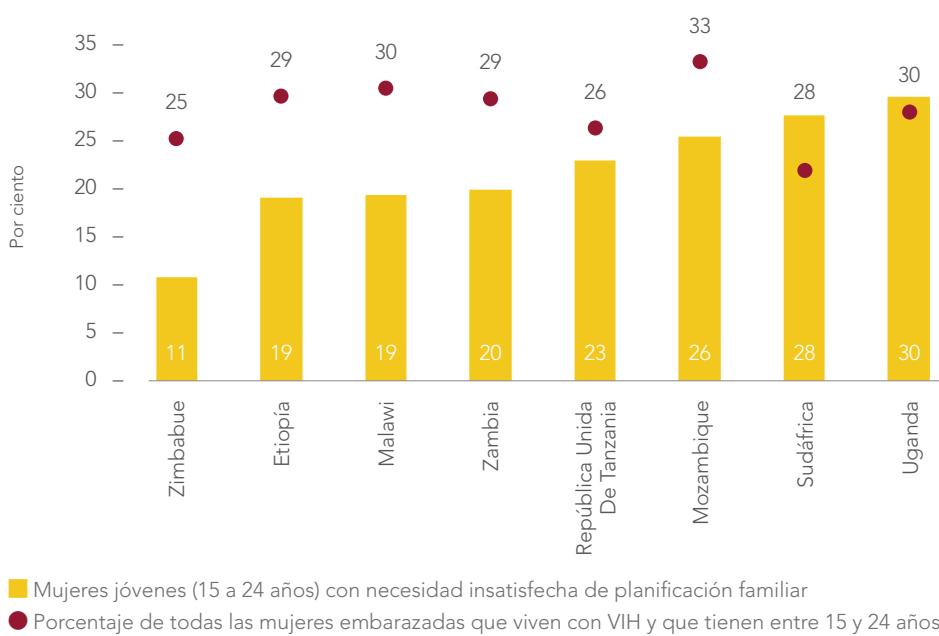
# SERVICIOS DE VIH

**FIGURA 13.6 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2016–2020**



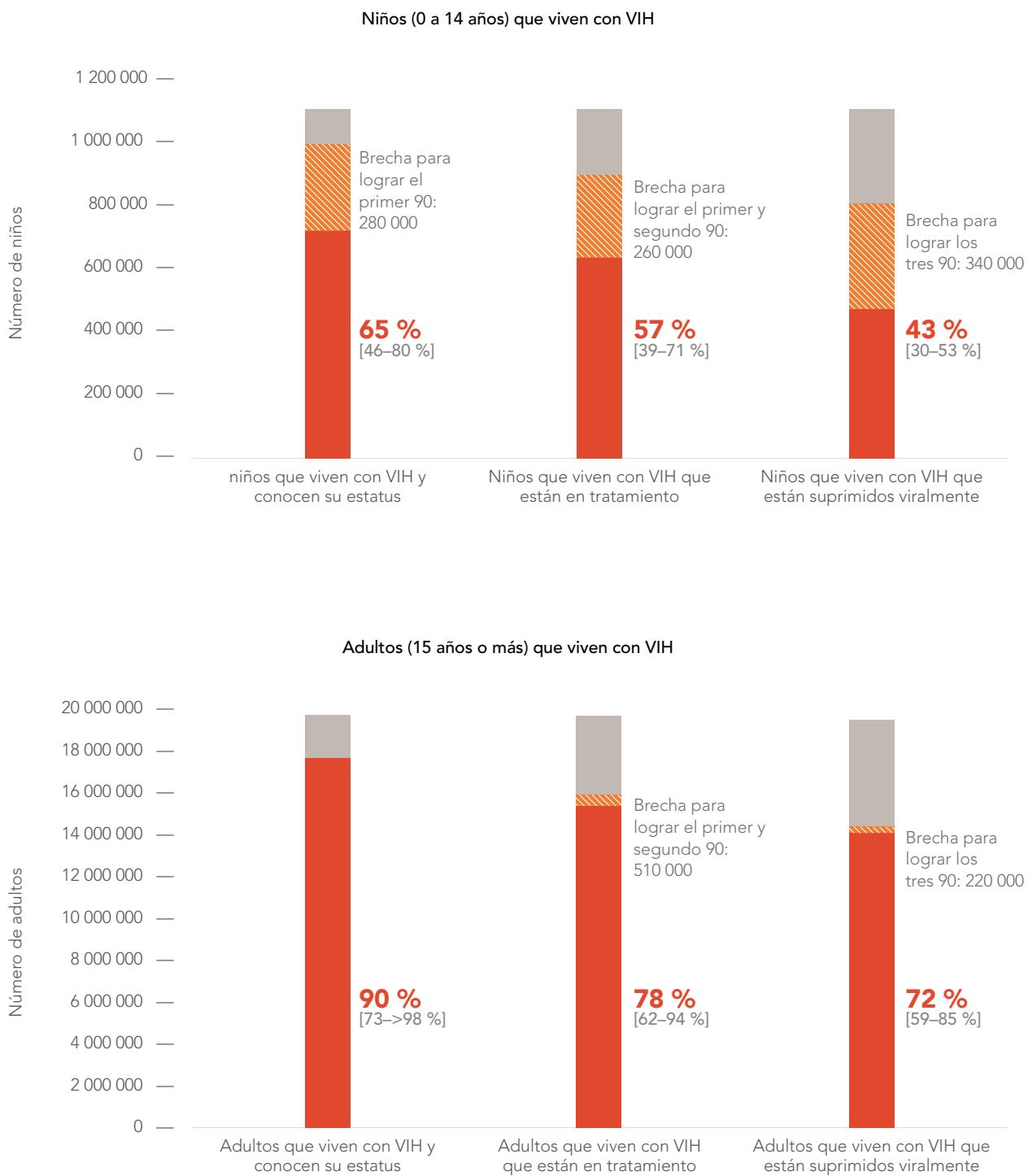
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 13.7 | PORCENTAJE DE MUJERES JÓVENES (15 A 24 AÑOS DE EDAD) CON NECESIDAD INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE VIVEN CON VIH 15 A 24 AÑOS DE EDAD, PAÍSES SELECCIONADOS, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2015 A 2018**



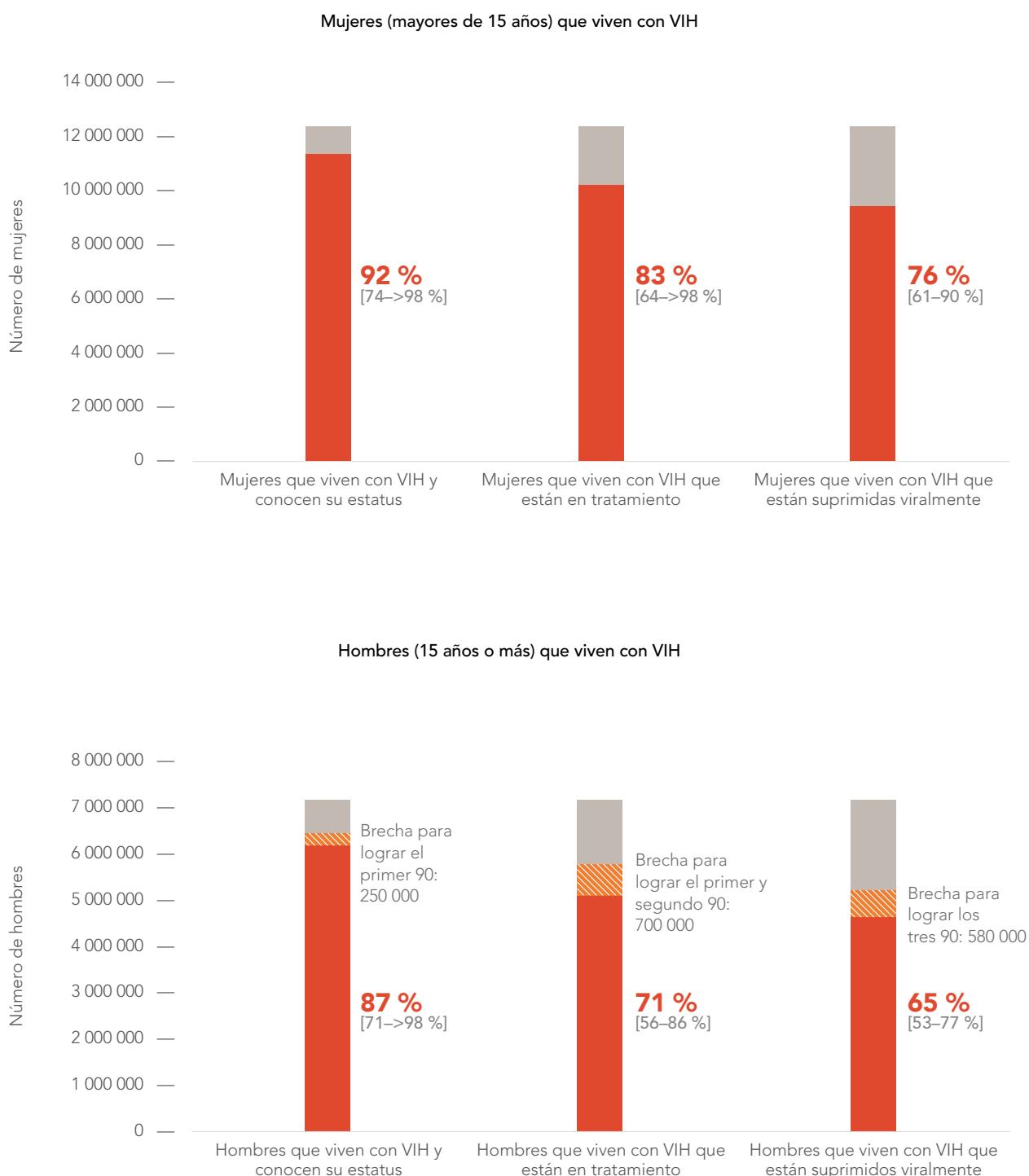
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2015–2018; Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021.

FIGURA 13.8 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 13.9 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 13.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo	La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Leyes que penalizan la transmisión, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia o para ciertos grupos
Angola	2	4	1	1	16	23		2
Botsuana	2	1	1	1	1	1		2
Comoros	1	1	10	1	1	1		1
Eritrea		5	11			24		1
Suazilandia	2	6	2	1	17	1		1
Etiopía	3	7	1	1	18	1		1
Kenia	1	1	12	1	1	1		1
Lesoto	2	1	1		19	2		2
Madagascar	1	1	1	1	1	1		1
Malawi	1	1	1	1	2	2		1
Mauritius	2	1	13	1	1	2		2
Mozambique	2	2	2		20	2		2
Namibia	2	8	2		21	1		1
Ruanda	3	9	11		22	3		2
Seychelles	2	2	2		2	2		2
Sudáfrica	1	1	1	1	1	1		1
Sudán del Sur	2	2	2		2	2		2
Uganda	1	1	14	1	1	1		1
República Unida de Tanzania	1	1	1	1	1	1		1
Zambia	1	1	1	1	1	1		1
Zimbabue	1	1	15	1	1	1		1

#### Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

#### Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

#### Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal

- No
- Sí
- Datos no disponibles

#### Consentimiento parental para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 año
- No
- Datos no disponibles

Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

**Fuentes :**

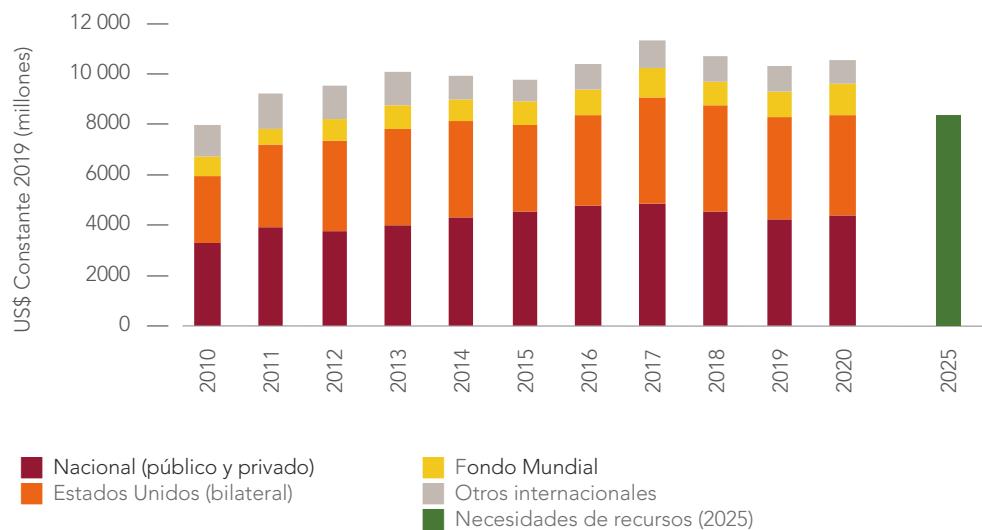
1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2017 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Angola. Código Penal. Artículo 189 ([https://governo.gov.ao/fotos/frontend\\_1/gov\\_documentos/novo\\_codigo\\_penal\\_905151145fad02b10cd11.pdf](https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf)).
5. Eritrea. Código Penal. Artículo 314 (<https://www.refworld.org/pdfid/55a51ccc4.pdf>).
6. Suazilandia. Ley 61 de delitos de 1889. Artículo 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/SwazilandCrimes-Act-61-of-1889.pdf>); Suazilandia. Ley sobre delitos sexuales y violencia doméstica, 2018. Artículos 13 a 18.
7. Etiopía. Código Penal (<https://www.refworld.org/docid/49216b572.html%22%3Ehttp://www.refworld.org/docid/49216b572.html%3C/a&gt;>).
8. Namibia. Lucha contra las prácticas inmorales. Ley 21 de 1980 ([https://laws.parliament.na/cms\\_documents/combating-of-im-mor-al-practices-2c85487772.pdf](https://laws.parliament.na/cms_documents/combating-of-im-mor-al-practices-2c85487772.pdf)).
9. Ruanda. Ley Orgánica que instituye el Código Penal. Sección 4 ([https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda\\_html/Penal\\_Code\\_of\\_Rwanda.pdf](https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf)).
10. Comoras. Código Penal 2020. Artículo 300 (<https://www.droit-afrigue.com/uploads/Comores-Code-2020-penal.pdf>).
11. Mendoza LR. Homofobia patrocinada por el Estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersexuales; diciembre de ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
12. Kenia. Código Penal. Sección 163–165 (<http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP.%2063>).
13. Mauricio. Ley del Código Penal. Artículo 250 (<https://www.icac.mu/wp-content/uploads/2015/06/140318-Criminal-Code-Act.pdf>).
14. Uganda. Ley del Código Penal. Sección 145 (<https://www.refworld.org/docid/59ca2bf44.html>).
15. Zimbabue. Ley de Derecho Penal (Codificación y Reforma) (Ley N° 23) (2004). Artículo 73 (1) (<https://zimlii.org/zw/legislation/num-act/2004/23/Criminal%20Law%20%28Codification%20and%20Reform%29%20Act%20%5BChapter%209-23%5D.pdf>).
16. Angola. Protocolo Servicos de Testagem para o VIH, 2017 ([https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MV73.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf)).
17. Suazilandia. Ley de protección y bienestar de la infancia de 2012. Artículos 240–243 (<http://osall.org.za/docs/2011/03/Swazi-land-Chil-drens-Protection-and-Welfare-Act-6-of-2012-Part-7.pdf>).
18. Etiopía. Directrices para la prueba del VIH, 2007 ([https://www.who.int/hiv/topics/vct/ETH\\_HCT\\_guidelinesJune26\\_clean.pdf](https://www.who.int/hiv/topics/vct/ETH_HCT_guidelinesJune26_clean.pdf)).
19. Lesoto. Ley de protección y bienestar de los niños, 2011. Sección 233 (<http://jafbase.fr/docAfrique/Lesotho/children%20act%20lesotho.pdf>).
20. Mozambique. Ley 19/2014 Lei de Proteccao da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego vivendo con HIV e SIDA. Artículo 26 ([http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS\\_361981/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang--en/index.htm)).
21. Namibia. Directrices nacionales para la terapia antirretroviral, 2016.
22. Directrices nacionales para la prevención y el tratamiento del VIH y las ITS. Edición 2016. Centro Biomédico de Ruanda, Ministerio de Salud de la República de Ruanda; 2016 ([https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/rw\\_national\\_guidelines\\_hiv.pdf](https://aidsfree.usaid.gov/sites/default/files/rw_national_guidelines_hiv.pdf)).
23. Angola. Lei n°8/04 sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_125156.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125156.pdf)).
24. Base de datos mundial sobre la penalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
25. Todavía no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

# INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

África oriental y meridional ha movilizado con éxito recursos para las respuestas al sida de la región durante la última década. Tanto los recursos nacionales como internacionales aumentaron en un 33% entre el 2010 y el 2020. La mayor parte de este aumento se produjo durante el período 2010-2017; en los últimos años, la disponibilidad de recursos se ha reducido. En el 2020, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) contribuyeron con el 38% y el 11% de los recursos regionales, respectivamente. Otro 41% de los recursos se movilizó de fuentes nacionales. La cantidad de recursos disponibles en el 2020 fue similar a la cantidad necesaria en el 2025. Sin embargo, una proporción considerable de los recursos del 2020 no se asignó a las áreas programáticas o poblaciones que enfrentan las mayores brechas, lo que limita su impacto. Será vital para la región enfatizar e implementar procesos distributivos y de eficiencia técnica en sus programas para utilizar los recursos disponibles de manera más eficiente.

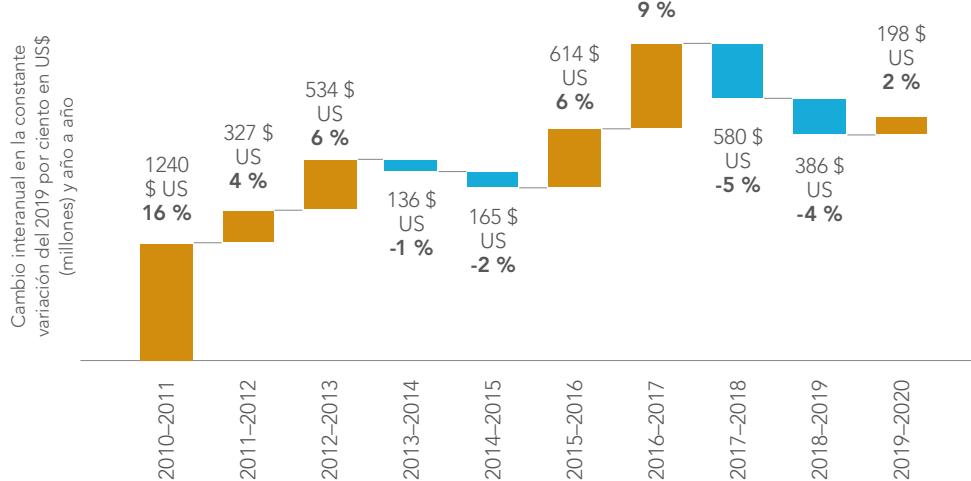
FIGURA 13.10 |  
**DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA EL  
VIH, ÁFRICA ORIENTAL  
Y MERIDIONAL, 2010–  
2020, Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019.

FIGURA 13.11 |  
**CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA  
EL VIH, ESTE Y ÁFRICA  
DEL SUR, 2010–2011 A  
2019–2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Caso de Estudio

# SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS E INTEGRACIÓN DEL VIH: CLUBES DE ADOLESCENTES Y MADRES MENTORAS DE MALAWI

Malawi ha logrado avances significativos en la mejora de los resultados de salud, incluyendo en el área del VIH y la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y el VIH. COVID-19, sin embargo, ha amenazado con revertir estos logros al interrumpir la provisión de servicios tanto a nivel de la comunidad como de las instalaciones. Durante el año 2020 se realizaron esfuerzos especiales para superar los desafíos relacionados con COVID y mejorar el acceso a los servicios de SDSR en Malawi, incluyendo la salud materna y neonatal y los servicios de VIH para adolescentes, jóvenes y mujeres.

Las cuatro agencias de las Naciones Unidas participantes en el programa 2gether 4 SDSR, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA, involucraron a los responsables de la formulación de políticas en la elaboración de directrices para garantizar la continuidad y sostenibilidad de los servicios de salud materna y neonatal. Debido a restricciones en las reuniones, la divulgación comunitaria a través de madres mentoras (mujeres que viven con VIH de la comunidad local que pueden aprovechar sus experiencias personales directas para servir a sus pares) se volvió aún más esencial.

En el distrito de Mulanje en Malawi, que tuvo una prevalencia del VIH del 19.8% para las mujeres (15 a 64 años) en el 2020 y una tasa de embarazo adolescente del 34.8%, se identificaron 75 madres mentoras para ayudar en la prestación de servicios integrados a sus pares (1).

En promedio, las madres mentoras de base comunitaria atienden de cuatro a cinco clientes por día, y las madres mentoras de base en las instalaciones atienden de siete a nueve clientes por día. Además de las madres mentoras, se capacitó a 198 miembros del Comité de Desarrollo del Área para educar a las comunidades sobre la prevención del COVID-19, la identificación de casos y las referencias a centros de salud. La orientación también incluyó información sobre la continuidad del servicio en medio de restricciones relacionadas con la pandemia.

Los miembros del comité y las madres mentoras han organizado un compromiso cívico contra el COVID-19, llegando a 6810 niñas y niños adolescentes y llevando a cabo 420 sesiones grupales sobre SDSR, VIH y violencia de género. Las madres mentoras ayudaron a 5173 adolescentes embarazadas y las madres jóvenes asisten a las cuatro visitas prenatales recomendadas y a los dos servicios de atención posnatal en un período de 12 meses. Con el ánimo de involucrar a las parejas masculinas, 1342 hombres se unieron a sus parejas femeninas para los servicios de SDSR en las instalaciones. Las madres mentoras ayudaron al 100% de las clientes que faltaron a las citas iniciales en la clínica prenatal a ser localizadas y apoyadas, al 100% de los bebés nacidos de mujeres que viven con VIH a realizarles la prueba del VIH dentro de los dos meses y a los que dieron positivo a recibir tratamiento inmediatamente (2).

## UN FUTURO BRILLANTE: CLUBES DE ADOLESCENTES Y CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL

La violencia contra las mujeres y las niñas es una preocupación cada vez mayor en Malawi. El porcentaje de mujeres que han sufrido violencia física desde los 15 años aumentó del 28% en el 2004 y 2010 al 34% en el 2015–16 (1).

En colaboración con sus socios, UNICEF estableció clubes de adolescentes en Malawi para ayudar a los adolescentes que viven con VIH a superar los desafíos asociados con el VIH con el apoyo de trabajadores sociales y de salud capacitados. En el marco del programa 2gether 4 SDSR, UNICEF también está integrando servicios de violencia sexual y de género en el programa de los clubes de adolescentes (3).

“La capacitación me ha enseñado más sobre la planificación familiar y el abuso”, dice Caroline, miembro del club de adolescentes. “El grupo también ayuda a quienes están siendo sometidos a abusos. Ahora puedo explicarle a la gente de qué se trata el abuso y qué hacer”.

Además, la Fundación Baylor Malawi, con el apoyo de UNICEF, ha estado ayudando a coordinar la gestión de casos de violencia sexual y de género en el distrito, especialmente

los que involucran a adolescentes y menores. La fundación ha celebrando reuniones periódicas entre los funcionarios de salud de distrito y el personal hospitalario, el poder judicial, la policía, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Género, Infancia, Discapacidad y Bienestar Social. También se ha construido un Centros de Atención Integral en los terrenos del Hospital del Distrito de Mulanje para víctimas de violencia sexual y de género.

“El beneficio de los Centros de Atención Integral para sobrevivientes de violencia de género es que pueden acceder a todos los servicios, desde sociales, médicos y policiales, todo en un solo lugar”, dice el Dr. Morris Chalusa, funcionario clínico en el Hospital del Distrito de Mulanje. “Antes del Centros de Atención Integral, los casos de violencia sexual podían tardar más de dos años en llegar a los tribunales. Pero ahora lleva menos de un mes”.

La expansión e implementación de entornos seguros y propicios para los adolescentes, como los de los clubes de adolescentes, tiene como objetivo generar relaciones de apoyo y aumentar la autoestima de los adolescentes y su valentía para vivir de manera positiva, con o sin el VIH.



Prisca (camiseta amarilla), de 16 años, líder de grupo juvenil, y Meria (camiseta blanca), de 19 años, campeona adolescente, disfrutan de un partido juntas durante una reunión de club adolescente en Mulanje, Malawi.  
Crédito: UNICEF Malawi/Schermbrucker

## Referencias

1. Malawi. Encuesta Demográfica y de Salud, 2015–2016. Zomba and Rockville (MD): Oficina Nacional de Estadística [Malawi], Programa DHS; 2017 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR319/FR319.pdf>).
2. Informe trimestral del programa 2gether 4 SDSR 2020. Lilongwe: UNFPA; 2020.
3. Schermbrucker K. Clubes de adolescentes: pasos hacia el futuro. En: UNICEF.org [Internet]. 4 noviembre de 2020. Lilongwe: UNICEF Malawi (<https://www.unicef.org/malawi/stories/teen-clubs-taking-steps-towards-tomorrow>).

# ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL

**L**a respuesta al VIH en África occidental y central está mejorando, pero no lo suficientemente rápido como para acabar con el sida como una amenaza para la salud pública para el 2030. Durante el año pasado, la pandemia de COVID-19 ha interrumpido los servicios contra el VIH y otros servicios de salud, y ha resaltado la vulnerabilidad de las personas en la región a las crisis de salud pública, climáticas, socioeconómicas y de seguridad, junto con la urgente necesidad de contar con sistemas de protección social inclusivos.

En el 2020, hubo un 37% menos de nuevas infecciones por VIH en la región en comparación con el 2010: un progreso constante, pero muy por debajo de la reducción del 75% acordada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). La región también representó más de un tercio de las nuevas infecciones por VIH entre los niños a nivel mundial en el 2020, lo que refleja las brechas actuales en los esfuerzos para prevenir la transmisión vertical, incluyendo la baja cobertura de los servicios de salud materna y neonatal. En general, el 44% de las mujeres embarazadas que viven con VIH en África occidental y central no estaban recibiendo terapia antirretroviral en el 2020.

Las poblaciones claves y sus parejas sexuales representaron el 72% de las nuevas infecciones por VIH en adultos, y las mujeres y las niñas (15 a 49 años) representaron el 65%. Las adolescentes y las mujeres jóvenes continúan viéndose gravemente afectadas por el VIH, con una prevalencia relativamente alta de violencia contra las mujeres y las niñas como un factor de riesgo contribuyente.

La cobertura de las pruebas del VIH y la terapia antirretroviral ha crecido a un ritmo más rápido en los últimos años, con casi tres cuartas partes (73%) de las personas que viven con VIH que recibieron terapia antirretroviral en el 2020 y el 59% suprimidos viralmente. Sin embargo, solo el 24% de los niños (0 a 14 años) que viven con VIH fueron suprimidos viralmente en el mismo año, siendo la detección de casos y la vinculación con el tratamiento las principales deficiencias.

Un liderazgo político más sólido y alianzas multisectoriales eficaces son esenciales para hacer que los sistemas de salud sean más resilientes, movilizar más recursos nacionales para intervenciones de alto impacto, asignar esos recursos a programas que se enfoquen en poblaciones claves y eliminar las tarifas de usuario y otras barreras legales y políticas que disuaden la adopción de servicios que salvan vidas.

Alcanzar los objetivos de los servicios de VIH para el 2025 requiere abordar los derechos humanos y las barreras de género, incluyendo el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, la criminalización de poblaciones claves y otras leyes punitivas, y los roles de género tradicionales que toleran la violencia y restan autonomía a las mujeres y niñas. También es necesario continuar la transformación de los sistemas de salud mediante la promoción de modalidades de servicio enfocadas en las personas.

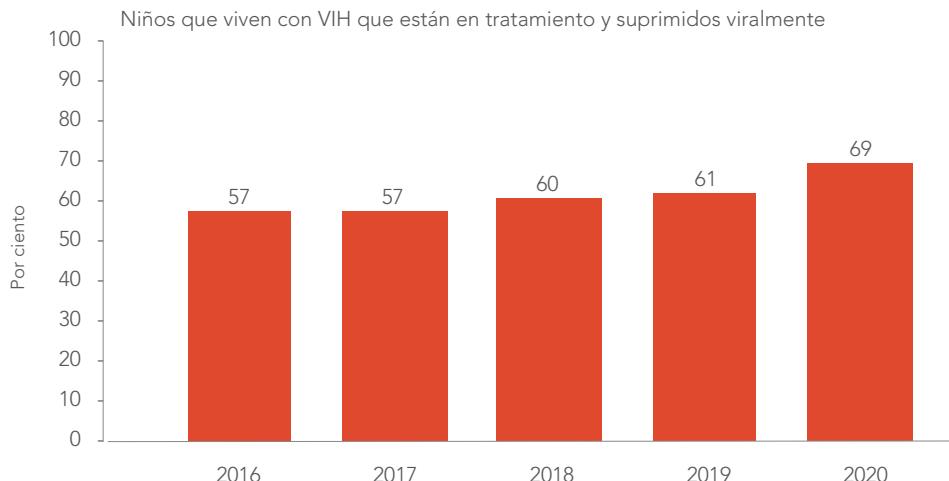
Las organizaciones comunitarias y otras organizaciones de la sociedad civil (como las organizaciones religiosas) están desempeñando un papel más importante en la respuesta regional. Estas organizaciones son cruciales para llegar a poblaciones claves y otras poblaciones olvidadas con servicios adecuados, incluyendo la ampliación del acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP). Se espera que el Instituto de la Sociedad Civil de África occidental y central ayude a ampliar esas actividades con el objetivo de expandir los servicios dirigidos por la comunidad en la región.



## ACCIONES PRIORITARIAS PARA PONER FIN AL SIDA

- Reducir el estigma y la discriminación y la violencia basada en el género mediante la transformación de las normas sociales nocivas de género y otras normas sociales discriminatorias y la creación de un entorno propicio para la salud.
- Asegurar la preparación para la prestación integral de servicios de VIH durante emergencias humanitarias y pandemias.
- Ampliar la prevención combinada del VIH de alto impacto para las poblaciones claves y las adolescentes y los jóvenes.
- Fortalecer los sistemas de salud enfocados en las personas, incluyendo los sistemas comunitarios, para lograr resultados para los más vulnerables.
- Cerrar las brechas en la disponibilidad de servicios y la adopción del tratamiento pediátrico contra el VIH para prevenir la transmisión vertical.
- Promover una respuesta responsable, inclusiva y sostenible al VIH mediante asociaciones multisectoriales, incluso para otros asuntos aparte del VIH.
- Establecer salas de situación sanitaria, mejorar el seguimiento de los recursos y desarrollar nuevos análisis para las estimaciones epidemiológicas, incluyendo el análisis de las contribuciones de las poblaciones claves a epidemias específicas

**FIGURA 14.1 | PROPORCIÓN DE NIÑOS (0 A 14 AÑOS DE EDAD) QUE VIVEN CON VIH CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2016-2020**



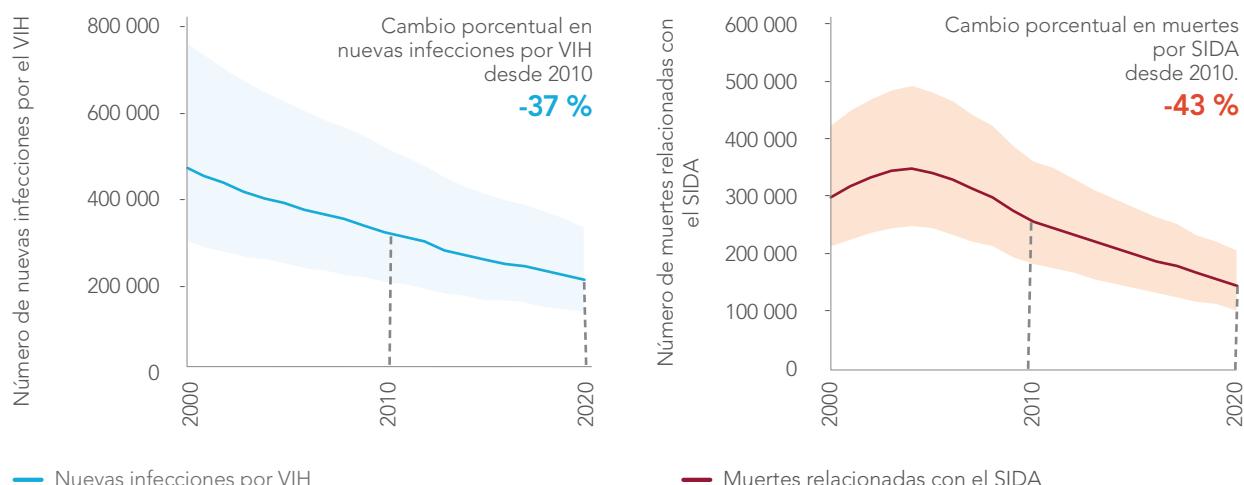
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

El mayor desafío del tratamiento pediátrico en África occidental y central es encontrar rápidamente a los niños que viven con VIH y vincularlos a la atención. Solo el 24% de los niños que viven con VIH en la región habían suprimido las cargas virales en el 2020

(Figura 14.1). Las pruebas de índice basadas en la familia e integración de la detección del VIH con otros servicios de salud infantil son fundamentales para cerrar esta brecha. Los datos muestran que una vez que los niños son diagnosticados y vinculados a la atención, a la mayoría les va bien, y siete de cada 10 en tratamiento han suprimido las cargas virales.

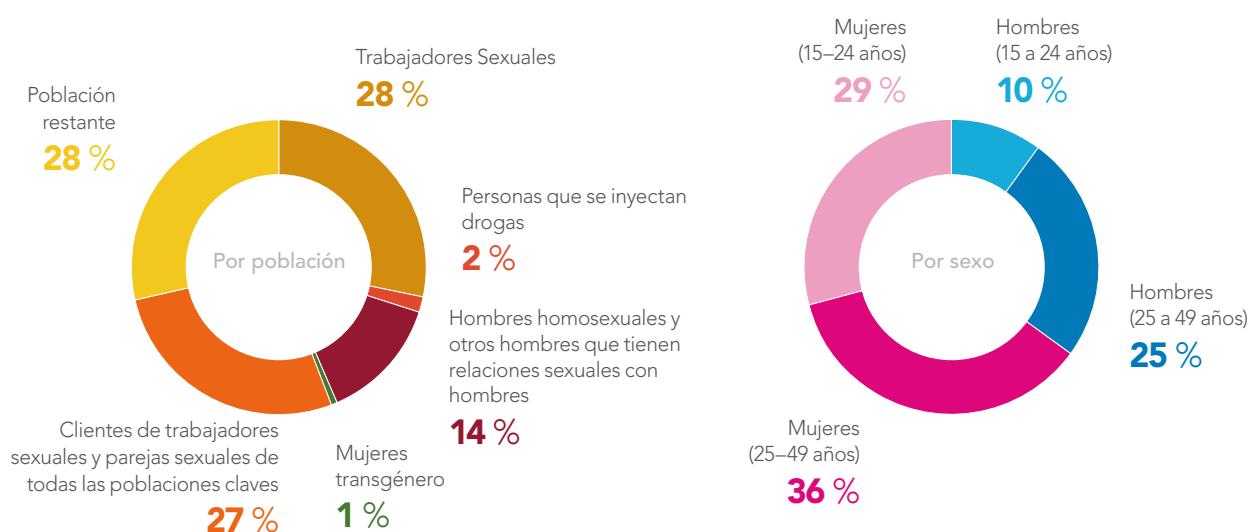
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 14.2 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2000–2020



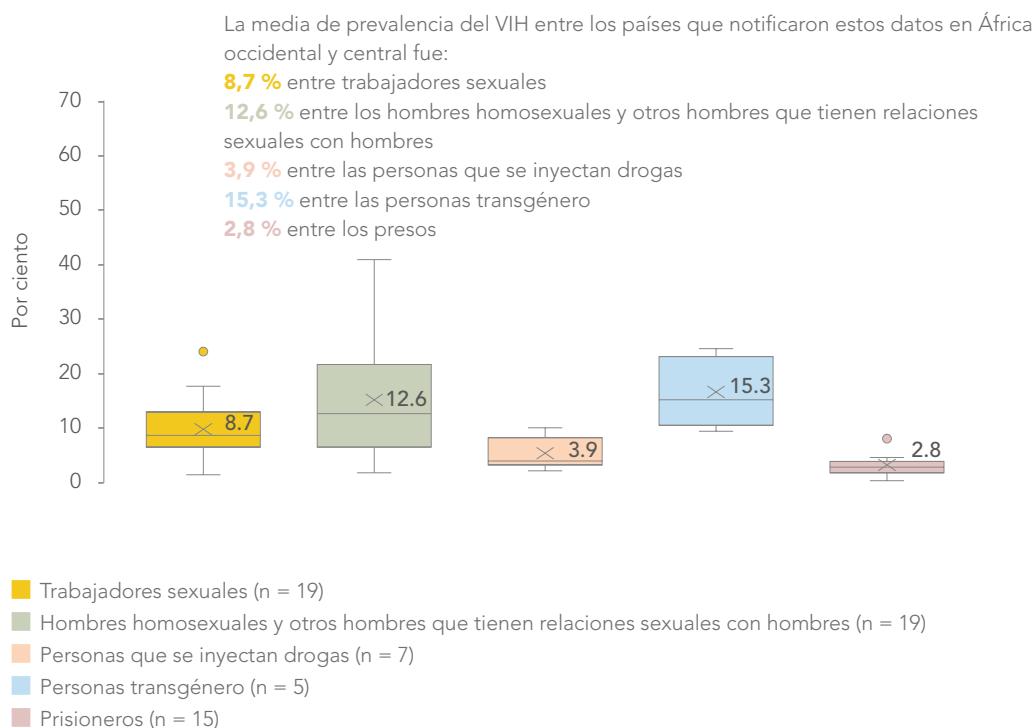
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 14.3 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS DE EDAD), ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

**FIGURA 14.4 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2016-2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).  
Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 25.

Cómo leer esta tabla

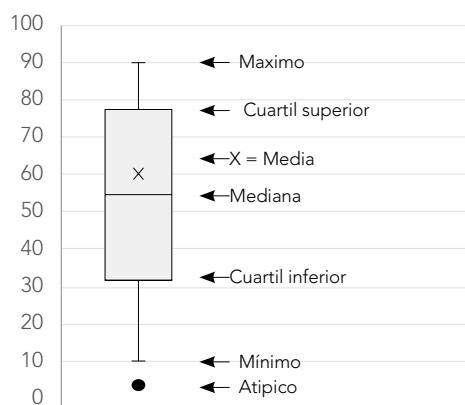


TABLA 14.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2018–2020

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Camerún	12 900 000										
República Centroafricana	2 300 000	3900		3000							
Chad	7 500 000	19 500		2100		700					
Côte d'Ivoire	12 900 000			56 000		3000		700		42 400	0,33 %
República Democrática del Congo	49 300 000	350 000	0,76 %			156 000	0,34 %			36 700	0,07 %
Gambia	1 100 000			1700						700	0,06 %
Malí	9 000 000	18 100		4100							
Mauritana	2 100 000	8500		7600							
Nigeria	103 000 000					326 000	0,32 %				
Níger	10 100 000			53 700	0,53 %						
Senegal	7 900 000			52 500	0,66 %	900	0,01 %			11 000	0,14 %
Togo	4 000 000									5000	0,13 %
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,60 %		0,64 %		0,05 %		-		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional  
 □ Estimación del tamaño de la población local

■ Datos insuficientes  
 □ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:

República Centroafricana: Capitale (Bangui), prefecturas (Berbérati y Bouar), subprefecturas (Boali y Carnot). Chad: Once ciudades del país.

Costa de Marfil: Abengourou, Abidjan, Bouaké, Divo, Gagnoa, Issia, Korhogo, Man, Ouangolodougou, San-Pédro y Yakro (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); Bouaké, San-Pédro y Yamoussoukro (personas que se inyectan drogas); Abidjan (personas transgénero). Gambia: Banjul.

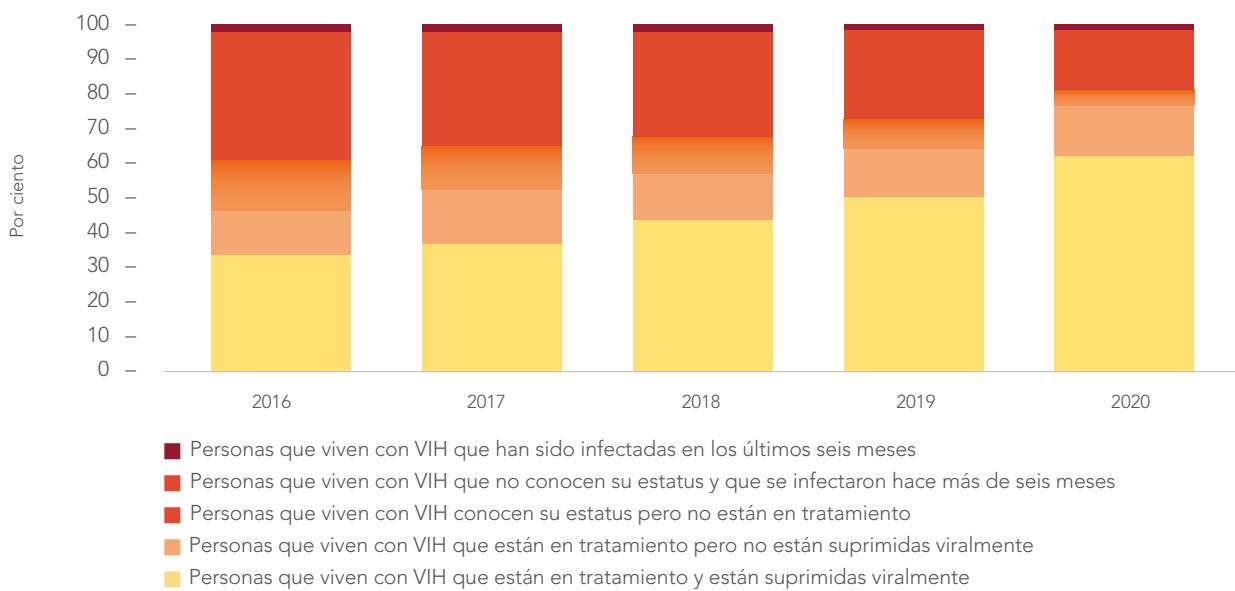
Malí: Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Séguo y Sikasso (trabajadoras sexuales); Bamako, Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Séguo y Sikasso (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres).

Mauritania: las seis ciudades más grandes del país.

Nota 3: Los valores notificados para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población de la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

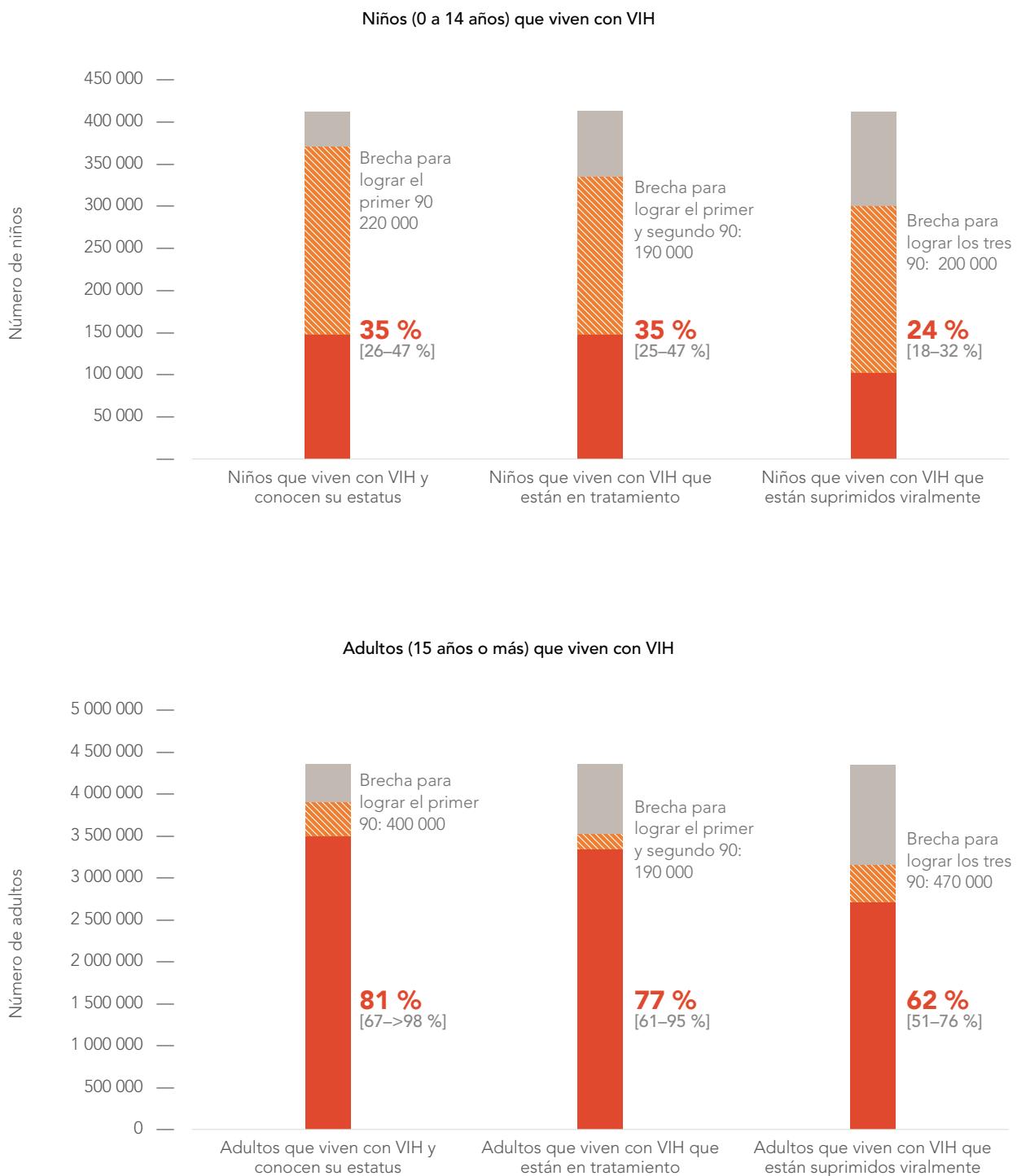
## SERVICIOS DE VIH

FIGURA 14.5 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2016–2020



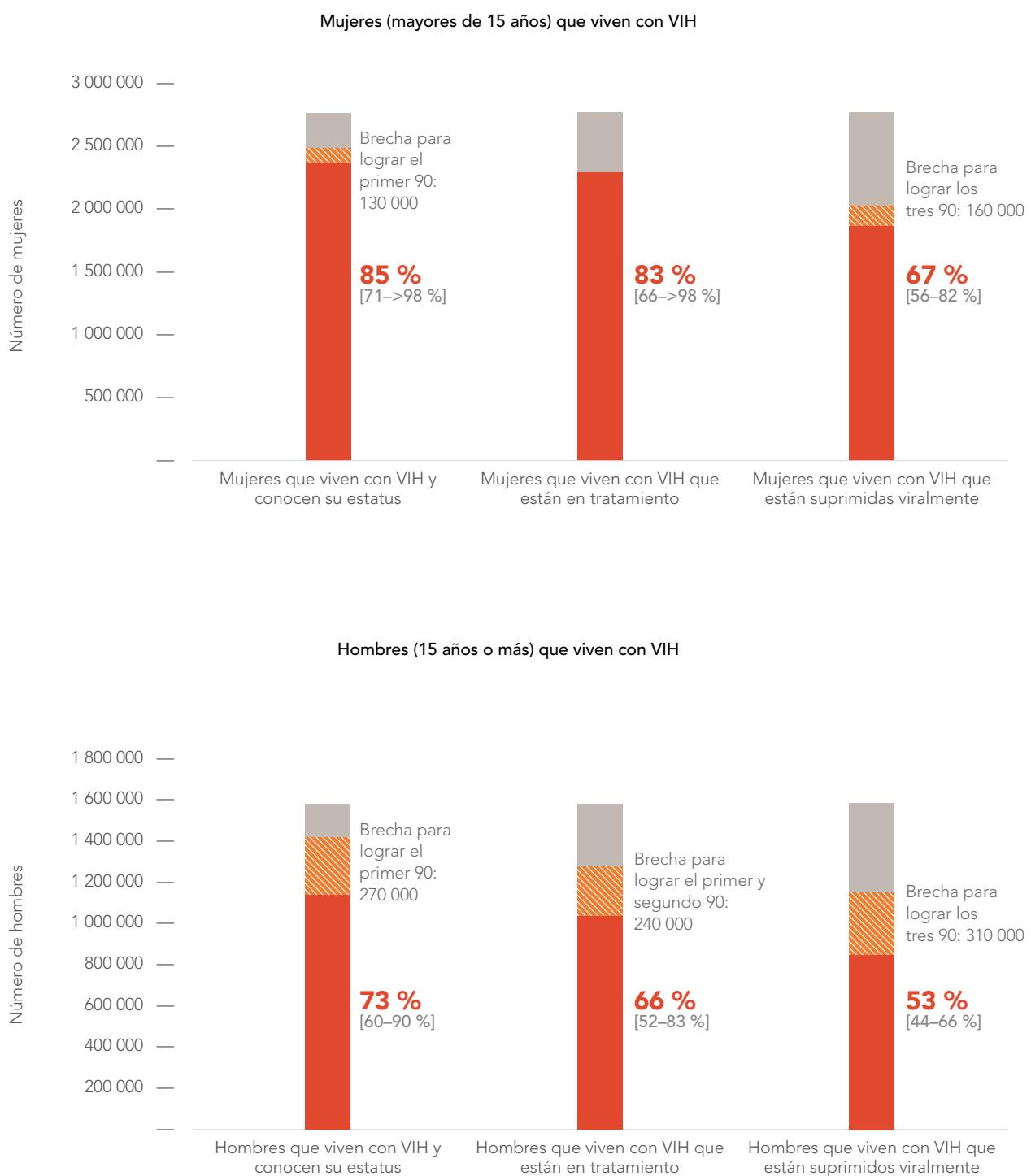
Fuente: Análisis especial del ONUSIDA, 2021.

FIGURA 14.6 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 14.7 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 14.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo	La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Leyes que penalizan la transmisión, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia o para ciertos grupos
Benín	1	4	1	1	2	1		1
Burkina Faso	1	5	1	1	1	1		1
Burundi	3	6	14		17	23		17
Cabo Verde		7	14			23		
Camerún	1	1	1	1	1	23		1
República Centroafricana	1	1	1	1	1	1		1
Chad	1	1	1	1	18	24		1
Congo	2	2	2		2	2		2
Côte d'Ivoire	1	8	1	1		1		1
República Democrática del Congo	2	2	2		19	23		2
Guinea Ecuatorial	1	9	1		20	1		1
Gabón	2	10	14		2	2		1
Gambia		11	14		2	23		1
Ghana	2	1	1	1	1	2		2
Guinea	2	12	15	1	1	1		1
Guinea Bissau	2	2	2	28	21	23		2
Liberia	2	2	2		2	2		2
Malí	1	1	1	1	22	1		1
Mauritania	1	1	1	1	1	1		1
Niger	1	1	1	1	1	1		1
Nigeria	1	1	1	1	1	1		1
Santo Tomé y Príncipe	2	2	2		2	2		2
Senegal	1	1	16	1	1	1		1
Sierra Leona	1	13	1	1	1	25		1
Togo	1	1	1	1	1	1		1

#### Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

#### Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

#### Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

**Fuentes:**

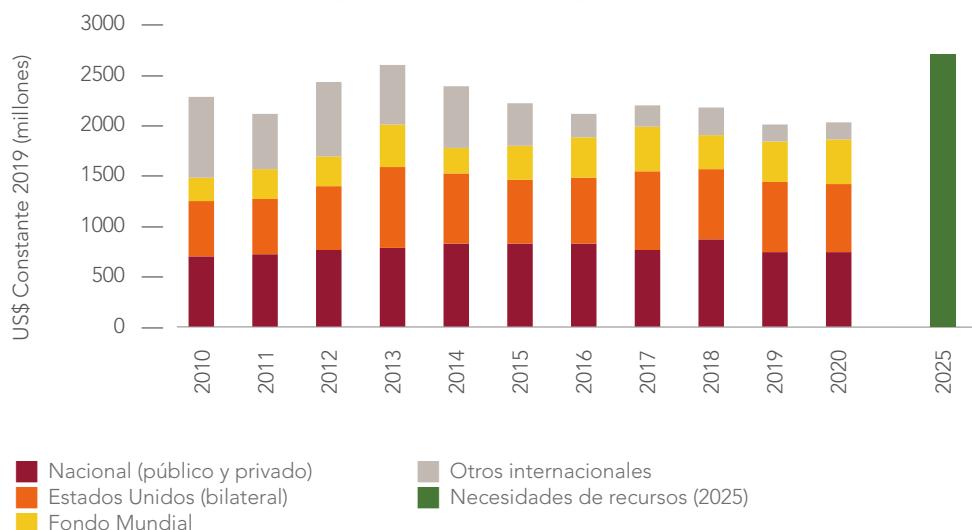
1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2017 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Benín. Código Penal 2018 (<https://assemblee-nationale.bj/wp-content/uploads/2020/03/le-nouveau-code-penal-2018.pdf>).
5. Burkina Faso. Código Penal 2019. Artículo 533-20; Burkina Faso. Loi no. 025-2018. Artículos 533-20, 533-27, 533-28 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>).
6. Burundi. Código Penal 2009. Artículo 538 y 548 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc-37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%C3%A9n%C3%A1l%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc-37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%C3%A9n%C3%A1l%20du%20Burundi%20.pdf)).
7. Cabo Verde. Código Penal, 2004. Artículo 148 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
8. Côte d'Ivoire. Código Penal (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5860.html%22%3Ehttp://www.refworld.org/do-cid/3ae6b5860.html%3C/a%3E%3C/p&gt;>).
9. Guinea Ecuatorial. Código Penal. Artículo 452(bis) (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963-view>).
10. Gabón. Código Penal, 2018. Artículo 402-1 (<http://www.droit-afrique.com/uploads/Gabon-Code-2019-penal.pdf>).
11. Gambia. Código Penal. Artículo 248 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf>).
12. Guinea. Código Penal. Artículos 346 y 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
13. Sierra Leona. Ley de Delitos Sexuales. Artículo 17 (<http://www.sierra-leone.org/Laws/2012-12.pdf>).
14. Mendoro LR. Homofobia patrocinada por el Estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersexuales; diciembre de 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
15. Guinea. Código Penal 2016. Artículo 274 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
16. Senegal. Código Penal. Art 319 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf>).
17. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2018 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
18. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 Novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Artículos 10 y 21 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
19. Base de datos de la Iniciativa de Derechos Sexuales [base de datos]. Iniciativa de Derechos Sexuales; c2016 (<http://sexual-rightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
20. Guinea Ecuatorial. Artículo 25 Ley N 3/2005 de fecha 9 de mayo sobre la prevención y la lucha contra las infecciones de transmisión sexual/VIH SIDA y la defensa de los derechos humanos de las personas afectadas.
21. Guinea. Loi L/2005/025/AN. Adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA, 2005 (<http://www.ilo.org/aids/legislation/lang--en/index.htm>).
22. Mali. Normes et Procédures des Services de Dépistage du VIH au Mali: Haut Conseil National de Lutte Contre le SIDA, 2017.
23. Base de datos mundial sobre la penalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
24. Chad. Loi N°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Articles 50–55 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
25. Sierra Leona. Ley de Prevención y Control del VIH y SIDA 2007. Sección 21.3 (<https://sierralii.org/sl/legislation/act/2007/8>).
26. Todavía no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
27. Côte d'Ivoire. Loi organique no. 2014-424 du 14 juillet 2014. Article 4 (<https://www.pnlscl.com/wp-content/uploads/2020/08/LOI-VIH-PROMULGUEE.pdf>).
28. Guinea-Bissau. Decreto-Lei nº 2-B, de 28 de Outubro de 1993 (<https://fecongd.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf>).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

# INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

Existe un déficit de financiamiento sustancial en África occidental y central. Los recursos disponibles para las respuestas al VIH en la región en el 2020 fueron aproximadamente tres cuartos de la cantidad necesaria en el 2025. Los recursos totales para el VIH en la región disminuyeron un 11% entre el 2010 y 2020. Los recursos internos aumentaron un 6% durante la última década, alcanzando un máximo en el 2018 antes de disminuir en un 15% durante los próximos dos años. Las fuentes de financiamiento internacional han cambiado significativamente en la región. El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) aumentaron sus contribuciones a la región en un 23% y 85%, respectivamente, entre el 2010 y 2020, mientras que todos los otros recursos internacionales han reducido sus aportes en un 79%. Tanto los recursos externos como nacionales deben crecer para cumplir las metas del 2025. La disponibilidad de recursos por persona que vive con VIH deberá aumentarse de los actuales US\$ 398 en el 2020 a US\$ 539 en el 2025.

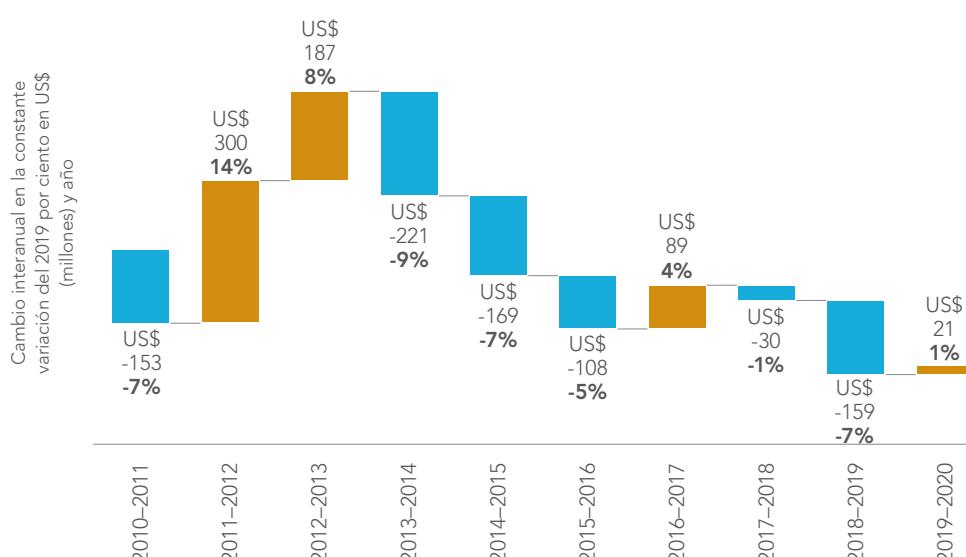
FIGURA 14.8 |  
**DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA EL  
VIH, ÁFRICA OCCIDENTAL  
Y CENTRAL, 2010–2020,  
Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares estadounidenses constantes de 2019.

FIGURA 14.9 |  
**CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA  
EL VIH, ÁFRICA  
OCCIDENTAL Y  
CENTRAL, 2010–2011  
A 2019–2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Caso de Estudio

# PROPORCIONANDO DINERO EN EFECTIVO INCONDICIONAL A LOS HOGARES MARGINADOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

COVID-19 ha subrayado la necesidad crucial de que las respuestas a la pandemia incluyan medidas de protección social que lleguen y beneficien a las poblaciones marginadas.

A medida que la pandemia se extendió por África occidental y central a principios de 2020, la región ya estaba lidiando con dificultades socioeconómicas y crisis humanitarias. Las restricciones sociales impuestas para contener la pandemia exacerbaron esos desafíos. Las poblaciones empobrecidas y vulnerables, incluyendo las personas que viven con VIH y las poblaciones claves, se vieron gravemente afectadas.

Encuestas realizadas en 17 países de la región sobre la situación y las necesidades de las personas que viven con VIH, con el apoyo de ONUSIDA, en asociación con la Red de personas africanas que viven con VIH en África occidental (NAP + WA), entre junio y agosto de 2020, revelaron que hasta el 80% de las personas que viven con VIH en la región estaban experimentando pérdidas de sus medios de vida y más del 50% de ellas necesitaban asistencia financiera y/o alimentaria (1).

Estos hallazgos convencieron a ONUSIDA y al Programa Mundial de Alimentos (PMA) de lanzar un proyecto piloto sobre transferencias de efectivo sin restricciones en julio de 2020 para ayudar a las personas que viven con VIH y las poblaciones claves a hacer frente al impacto del VIH y COVID-19. El proyecto piloto seleccionó cuatro países prioritarios: Burkina Faso, Camerún, Côte d'Ivoire y Níger. La iniciativa se diseñó para aprovechar los acuerdos existentes del PMA con los proveedores de servicios y la participación de la comunidad y las relaciones de ONUSIDA con las redes de la sociedad civil en los cuatro países prioritarios.

Las transferencias de efectivo se reconocen cada vez más como una forma eficaz de protección social, con efectos sociales y económicos positivos. Proporcionan apoyo a los ingresos y ayudan a los hogares a evitar vender activos o sacar a los niños de la escuela, y tienen efectos multiplicadores en las economías locales. Constituyeron aproximadamente el 40% del gasto global en redes de seguridad social en el 2018, pero menos del 20% en África occidental y central.

A raíz de la pandemia de COVID-19, muchos gobiernos consideraron las transferencias directas de efectivo para proteger a los hogares vulnerables (2). A medida que la pandemia se extendió por África occidental y central, solo unos pocos países (Côte d'Ivoire y Senegal entre ellos) asignaron apoyo adicional a los hogares vulnerables en forma de transferencias de efectivo o subsidios sociales. Además, ningún programa nacional de respuesta al COVID-19 se centró específicamente en las poblaciones marginadas y sujetas al estigma y la discriminación, como las poblaciones claves y las personas que viven con VIH. Los programas existentes también tienden estar fragmentados y geográficamente limitados en África occidental y central, y no siempre cubren los sectores más pobres y vulnerables de las sociedades (3).

El objetivo inmediato era llegar a unos 5000 hogares con transferencias monetarias incondicionales únicas. El tamaño de estas transferencias varió desde US\$ 88 por beneficiario (en Côte d'Ivoire) a US\$ 136 (en Camerún).

Las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de servicios financieros participaron durante la planificación del proyecto piloto. La elegibilidad para las transferencias se decidió basándose en una variedad de criterios de vulnerabilidad, y los beneficiarios fueron identificados con el apoyo de organizaciones lideradas por la comunidad. Los pasos adicionales incluyeron sensibilizar a los beneficiarios, distribuir las transferencias de efectivo y monitorear el proceso.

Se contactaron a casi 4000 beneficiarios y se estima que otros 19 000 miembros familiares también se beneficiaron de las transferencias de efectivo, la mayoría de las cuales se destinaron a gastos de alimentación, atención médica, educación y vivienda, o para actividades generadoras de ingresos (Cuadro 14.3) (4). Las experiencias de los países variaron en términos de la profundidad de su colaboración con los socios de la comunidad y el grado de participación de las partes gubernamentales.



*Sensibilización sobre el VIH y COVID-19 y distribución de material de apoyo alimentario e higiene en Côte d'Ivoire.*  
Crédito: ONUSIDA

**TABLA 14.3 | RENDIMIENTO DE LA INICIATIVA PILOTO DE TRANSFERENCIA DE EFECTIVO DE ONUSIDA/PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS, CUATRO PAÍSES PRIORITARIOS, ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL, 2020**

	Burkina Faso	Camerún
Beneficiarios (número alcanza-do/número objetivo)	1000/1000	952/1395
Número estimado de beneficiarios secundarios	5000	4000–5000
Enfoque geográfico	Todas las regiones del país	Todas las regiones del país
Poblaciones de enfoque	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que viven con VIH.</li> <li>■ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>■ Trabajadores sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que viven con VIH.</li> <li>■ Jóvenes que viven con VIH.</li> <li>■ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>■ Trabajadores sexuales.</li> <li>■ Personas transgénero.</li> <li>■ Mujeres jóvenes vulnerables.</li> </ul>
Cantidad de transferencia en efectivo	76 000 FCFA (133 US\$)	76 000 FCFA (136 US\$)
Método de distribución	Efectivo vía distribuidor de dinero móvil	Efectivo a través de la institución financiera
Resultados claves	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ se llegó a 1000 hogares: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 641 personas que viven con VIH.</li> <li>– 319 trabajadores sexuales</li> <li>– 40 hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> </ul> </li> <li>■ 57% de los beneficiarios son mujeres.</li> <li>■ 62% de los fondos se destinaron a la compra de alimentos.</li> <li>– Otros usos claves fueron deudas, alquiler, atención médica y ahorro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ se llegó a 952 hogares, entre ellos: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 493 adultos que viven con VIH.</li> <li>– 85 jóvenes que viven con VIH.</li> <li>– 160 niñas adolescentes y mujeres jóvenes.</li> <li>– 121 personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>– 91 trabajadores sexuales.</li> </ul> </li> <li>■ Una colaboración extremadamente estrecha con las organizaciones de la sociedad civil, que tomaron un papel proactivo no sólo en la identificación de los beneficiarios, sino también en facilitar el proceso para que recibieran su transferencia de efectivo.</li> <li>■ Los beneficiarios han informado de que utilizan su transferencia de efectivo para actividades de alimentos y generación de ingresos</li> </ul>

	Côte d'Ivoire	Níger
Beneficiarios (número alcanza-do/número objetivo)	1328/1328	607/1087
Número estimado de beneficiarios secun-darios	7700	3100
Enfoque geográfico	Greater Abidjan	Todas las regiones excepto Niamey
Poblaciones de enfoque	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que viven con VIH.</li> <li>■ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>■ Trabajadores sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que viven con VIH.</li> <li>■ Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> <li>■ Trabajadores sexuales.</li> </ul>
Cantidad de transferencia en efectivo	50 000 FCFA (88 US\$)	65 000 FCFA (112 US\$)
Método de distribución	Efectivo vía distribuidor de dinero móvil	Efectivo a través de la institución financiera
Resultados claves	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se llegó a 437 hogares de personas que viven con VIH, incluidos 1328 miembros de poblaciones claves.</li> <li>■ Sólido proceso de información y sensibilización con partes interesadas/asociados; evaluación de la vulnerabilidad; y proceso de identificación basado en los conocimientos del ejercicio inicial de transferencia de efectivo.</li> <li>■ La colaboración con el Ministerio de Salud e Higiene Pública y los asociados del PEPFAR dio mayor visibilidad al ejercicio. También allanó el camino para una mayor sostenibilidad y la posible integración de los beneficiarios en los sistemas nacionales.</li> <li>■ Los destinatarios informaron de la utilización de los fondos de las siguientes maneras: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 35% para comida.</li> <li>– 18% para actividades generadoras de ingresos.</li> <li>– 15% para gastos escolares.</li> <li>– 11% para la salud.</li> <li>– 12% para servicios públicos.</li> <li>– 8% para otros costos, incluyendo el reembolso de deudas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se llegó a 607 hogares, más de los 585 previstos. Esto incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 443 personas que viven con VIH.</li> <li>– 49 miembros de poblaciones claves que viven con VIH.</li> <li>– 115 trabajadores sexuales y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.</li> </ul> </li> <li>■ La iniciativa ayudó a mejorar una base de datos de personas vulnerables que viven con VIH. Esto ayuda a un mejor seguimiento y cuidado.</li> <li>■ Un esfuerzo de colaboración fuerte y proactivo entre ONUSIDA y las redes de organizaciones de la sociedad civil.</li> <li>■ 54% de los fondos se destinaron a la compra de alimentos. Otros gastos incluyeron actividades generadoras de ingresos, donaciones, atención médica y honorarios escolares.</li> </ul>

Fuente: Basado en datos e información de: Informe de síntesis: Iniciativa piloto de transferencia de efectivo del PMA / ONUSIDA en África occidental y central (borrador). Ginebra: ONUSIDA; Abril de 2020.

Nota: Los tipos de cambio varían según la fecha de desembolso.

## LECCIONES PARA EL FUTURO

La experiencia documentada en el programa piloto demostró que es posible realizar transferencias rápidas de dinero a las personas marginadas que viven con VIH y a las poblaciones claves en circunstancias muy difíciles, y que proporciona un valioso apoyo de emergencia (4).

Las lecciones aprendidas fundamentales incluyen la necesidad de enfoques inclusivos y flexibles, que trabajen de manera clara y transparente para los socios de la comunidad e involucren sistemáticamente a los miembros de la comunidad durante todo el proceso. También es fundamental definir criterios de elegibilidad claros e imparciales, aplicarlos de manera coherente y sensibilizar a los beneficiarios y las comunidades.

La creación de capacidad y otro tipo de apoyo (incluyendo financiamiento) para los socios comunitarios es otro elemento fundamental. Las organizaciones a nivel comunitario, los consejeros de confianza y los educadores de pares eran esenciales para generar confianza, identificar y

alcanzarlos beneficiarios previstos, minimizando el estigma y evaluando el impacto de las transferencias de efectivo. Comprometerse con las estructuras gubernamentales desde el principio ayuda a crear el potencial de mejoras duraderas.

Las transferencias de efectivo de este tipo pueden ayudar a los hogares a resistir las crisis a corto plazo, pero no eliminan la necesidad de integrar plenamente a las poblaciones vulnerables y marginadas en las respuestas a las crisis y los sistemas integrales de protección social. En toda África existe la necesidad de avanzar hacia una protección social inclusiva y polivalente que sea accesible y sostenible.

Mejorar el enfoque de las personas de las transferencias de efectivo y combinarlas con otras formas de provisión y apoyo social que no se basan necesariamente en efectivo, como la atención primaria de salud, la educación, el agua y la energía gratuitas o subvencionadas, es parte de este proceso (6, 7).



*La elegibilidad para las transferencias se decidió basándose en una variedad de criterios de vulnerabilidad con el apoyo de organizaciones dirigidas por la comunidad en Côte d'Ivoire.*

*Crédito: ONUSIDA*

## Referencias

1. Análisis regional de la encuesta de países sobre la situación y las necesidades de las personas que viven con VIH en el contexto de Covid-19. Ginebra: ONUSIDA, NAP+; 2021.
2. Una G, Allen R, Pattanayak S, Suc G. Soluciones digitales para transferencias directas de efectivo en emergencias. Washington (DC) - Fondo Monetario Internacional (<https://www.imf.org/~/media/Files/Publications/covid19-special-notes/en-special-series-on-covid-19-digital-solutions-for-direct-cash-transfers-in-emergencies.ashx>).
3. Beegle K, Coudouel A, Monsalve E. Realización del pleno potencial de las redes de seguridad social en África. Washington (DC) - Banco Mundial; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29789/9781464811647.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).
4. Informe de síntesis: Iniciativa piloto PMA/ONUSIDA sobre transferencia de efectivo en África occidental y central (proyecto). Ginebra: ONUSIDA; abril de 2020.
5. El estado del efectivo mundial 2020. Ayuda en efectivo y vales en ayuda humanitaria. The Cash Learning Partnership; 2020 (<https://www.calpnetwork.org/wp-content/uploads/2020/07/SOWC2020-Full-Report.pdf>).
6. Beegle K, Coudouel A, Monsalve E, editors. Realización del pleno potencial de las redes de seguridad social en África. Washington (DC) - Grupo del Banco Mundial, Agence Française de Développement; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29789/9781464811647.pdf?sequence=2&isAllowed=y>).



# ASIA Y EL PACÍFICO



**E**l progreso contra el VIH en Asia y el Pacífico sigue siendo desigual. Varios países han logrado una cobertura amplia y eficaz de los servicios de pruebas y tratamiento, y Tailandia y Vietnam han reducido las nuevas infecciones por VIH en al menos un 50% desde el 2010. Algunos países se están enfocando en el mantenimiento e integración de sus programas de VIH en sus sistemas de salud en general y como parte de los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud

Sin embargo, en las tendencias contrarias en otros países, las nuevas infecciones por VIH en la región disminuyeron solo en un 21% en general entre el 2010 y el 2020. Se están produciendo epidemias de VIH con un rápido crecimiento entre las poblaciones claves de países como Indonesia, Pakistán y Filipinas, con hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres especialmente afectados. En toda la región, más del 94% de las nuevas infecciones por VIH se producen entre las poblaciones claves y sus parejas sexuales, y más de una cuarta parte de las nuevas infecciones se producen entre los jóvenes (15 a 24 años de edad).

La centralidad de los servicios dirigidos por la comunidad se hizo aún más evidente durante la pandemia de COVID-19. En toda la región, las organizaciones lideradas por la comunidad aseguraron la continuidad de los servicios y productos básicos contra el VIH, incluyendo la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la terapia antirretroviral. Sin embargo, estas organizaciones operan en condiciones poco ideales: a pesar de los cambios legislativos positivos en algunos países, los entornos legales hostiles y las prácticas policiales, y el estigma y la discriminación, obstaculizan la prestación y el uso de los servicios contra el VIH para las poblaciones que más los necesitan.

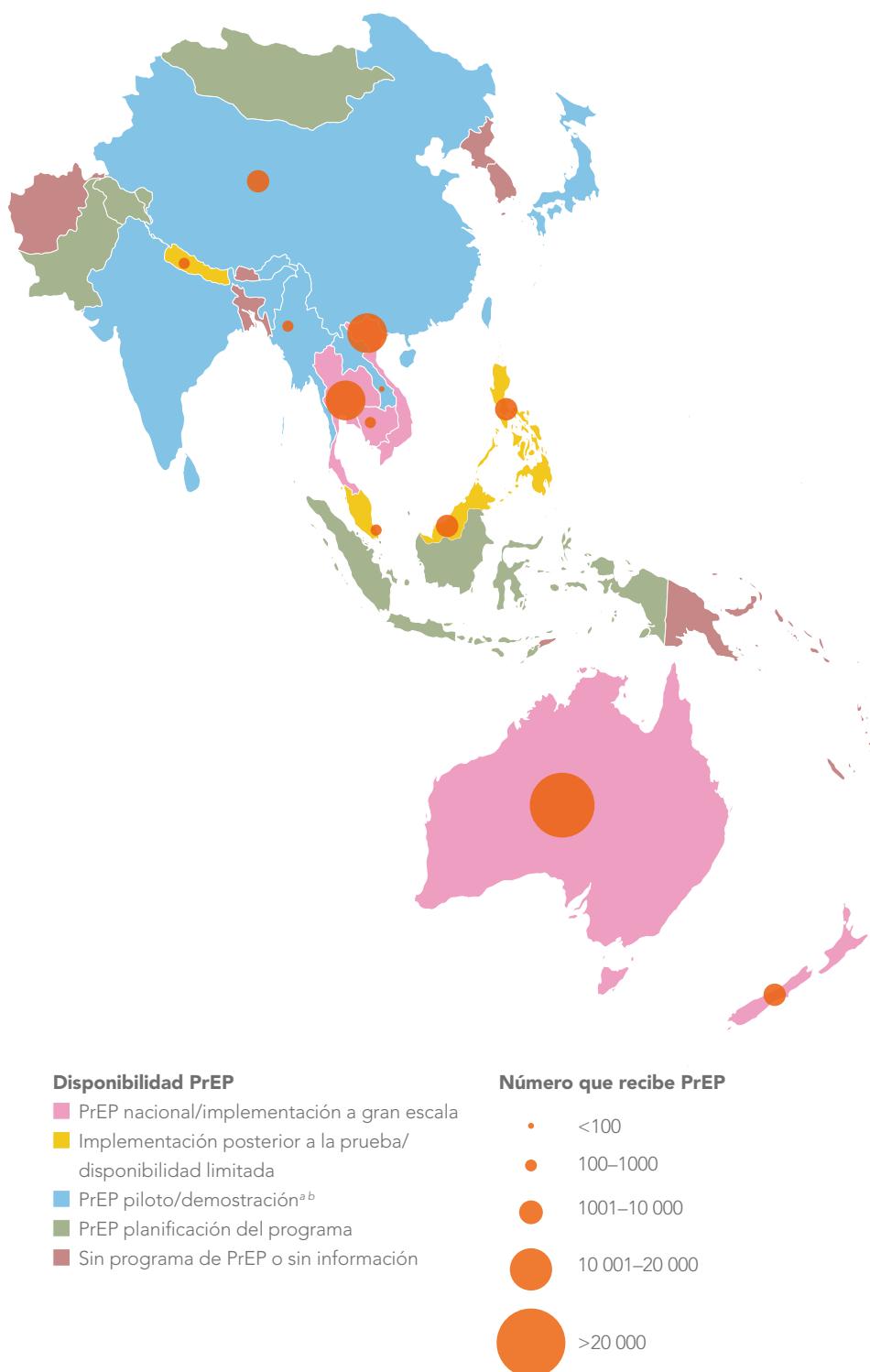
La transición de una dependencia del financiamiento externo al financiamiento nacional de los servicios esenciales contra el VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la hepatitis viral está demostrando ser un desafío para varios países, especialmente en el contexto de los reveses económicos causados por la pandemia de COVID-19.

En el futuro, la prestación de servicios para la prevención y el tratamiento combinados contra el VIH debe modernizarse y diversificarse utilizando enfoques innovadores, con mejores inversiones en una mejor gestión, coordinación y capacidad de los programas.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

- Hacer énfasis en los enfoques basados en los derechos en las políticas y los programas, y abordar las normas sociales nocivas.
- Modernizar la prestación de servicios diferenciados, incluyendo la ampliación de la prevención combinada del VIH (en particular la PrEP e intervenciones de reducción de daños), autopruebas, dispensación para varios meses y maximización de los beneficios de U = U (indetectable = no transmisible).
- Eliminar el estigma y la discriminación y otras barreras a la cobertura equitativa de los servicios.
- Movilizar el financiamiento nacional sostenible para la prevención y el tratamiento.
- Asegurar enfoques inclusivos y sensibles al género, especialmente para las poblaciones claves jóvenes.
- Reformular las respuestas de los países para abordar las desigualdades mediante la participación de la sociedad civil y la comunidad.

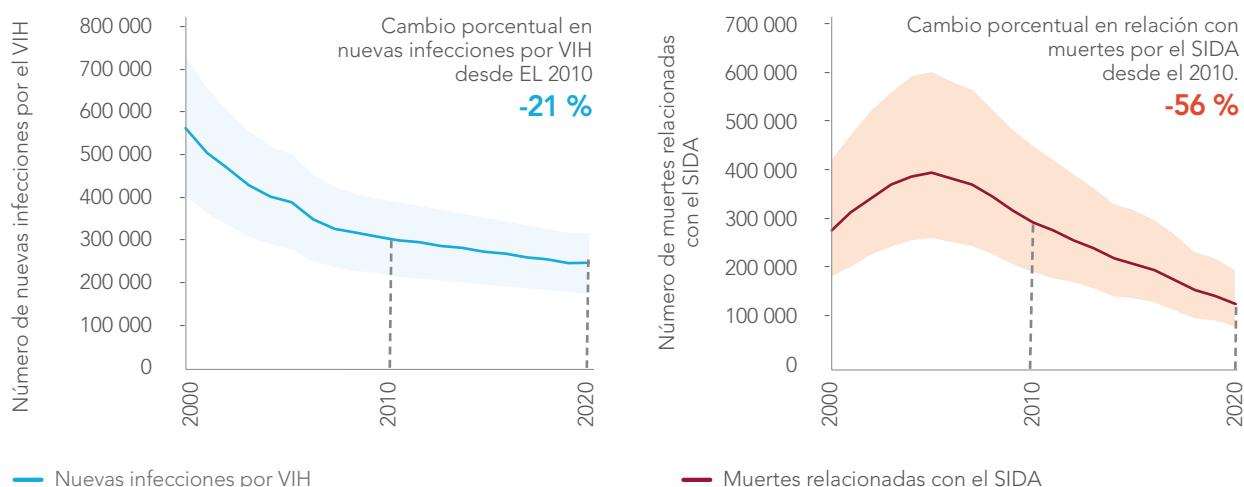
FIGURA 15.1 | ESTADO DE LA DISPONIBILIDAD DE PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN (PrEP) Y NÚMERO DE USUARIOS DE PrEP, ASIA Y EL PACÍFICO, 2020



Fuente: Vigilancia Mundial del SIDA, 2021; Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales e información de programas nacionales; Vigilancia de la adopción de la profilaxis previa a la exposición al VIH en Australia. Número 3. Sídney: Universidad de Nueva Gales del Sur y el Instituto Kirby; 2020. A Los datos sobre las personas que reciben PrEP no están disponibles para la India. en Enero de 2021 se lanzó una demostración/piloto de PrEP en la República Democrática Popular Lao.

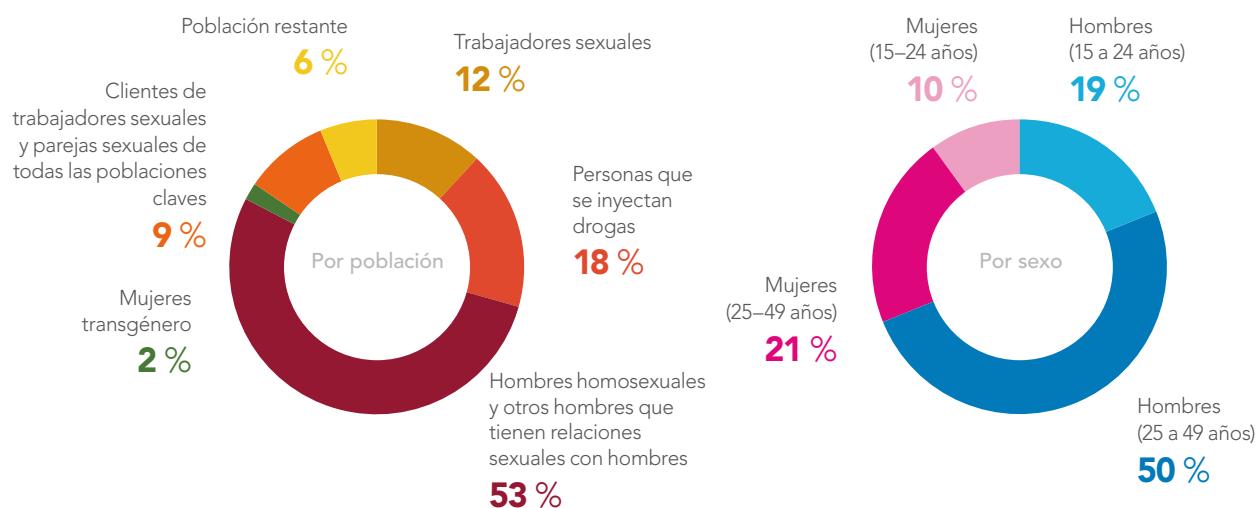
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 15.2 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, ASIA Y EL PACÍFICO, 2000-2020



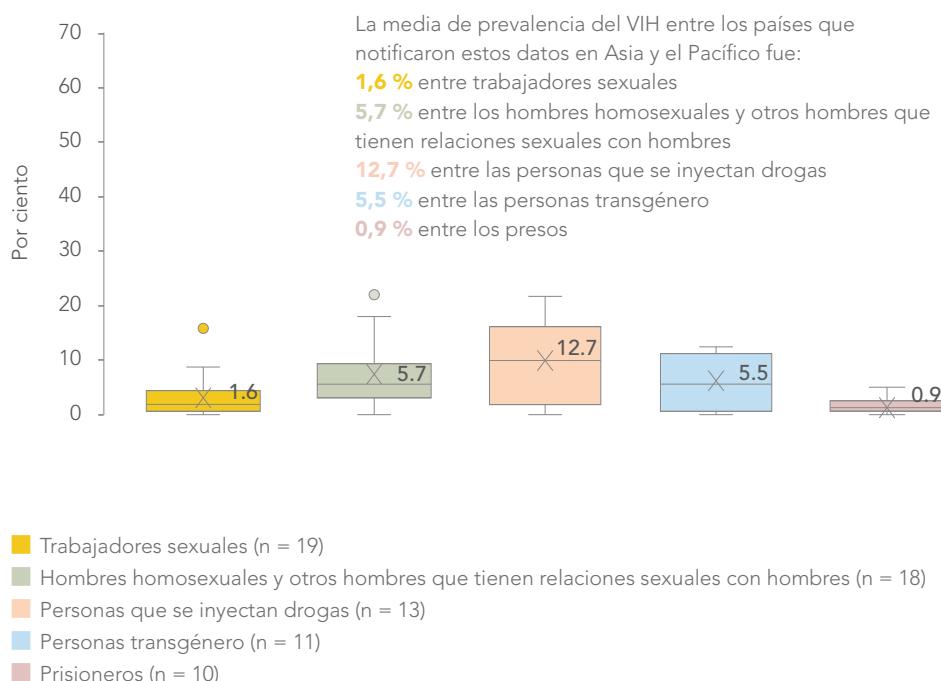
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 15.3 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS), ASIA Y EL PACÍFICO, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

**FIGURA 15.4 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES DE ASIA Y EL PACÍFICO, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

#### Cómo leer esta tabla

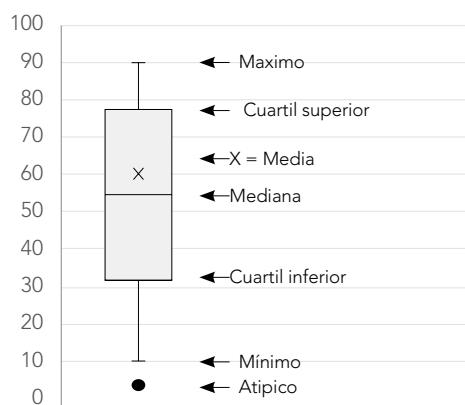


TABLA 15.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, ASIA Y EL PACÍFICO, 2018–2020

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49) años)
Afganistán	18 800 000			10 100		25 700					
Bután	440 000	600	0,14 %					380	0,09 %		
Camboya	9 200 000										
India	752 000 000										
Indonesia	144 000 000	278 000	0,19 %			34 500	0,02 %	34 700	0,02 %	268 000	0,19 %
República Democrática Popular Lao	3 800 000										
Malaysia	18 200 000	37 000	0,20 %			75 000	0,41 %				
Mongolia	1 700 000	6000		6500							
Nepal	15 000 000									22 000	0,15 %
Nueva Zelanda	2 200 000									10 000	0,46 %
Papúa Nueva Guinea	4 600 000	48 000	1,05 %	36 000	0,78 %						
Filipinas	58 200 000	228 000	0,39 %	681 000	1,17 %	10 800	0,02 %	204 000	0,35 %		
Singapur	1 800 000									11 900	0,66 %
Sri Lanka	10 300 000	30 000	0,29 %	74 000	0,72 %	2700	0,03 %	2200	0,02 %		
Tailandia	34 200 000									358 000	1,05 %
Vietnam	51 600 000			256 000	0,50 %						
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,18 %		0,82 %		0,03 %		0,01 %		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional

■ Datos insuficientes

■ Estimación del tamaño de la población local

■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Las regiones cubiertas por las estimaciones del tamaño de la población local son las siguientes:

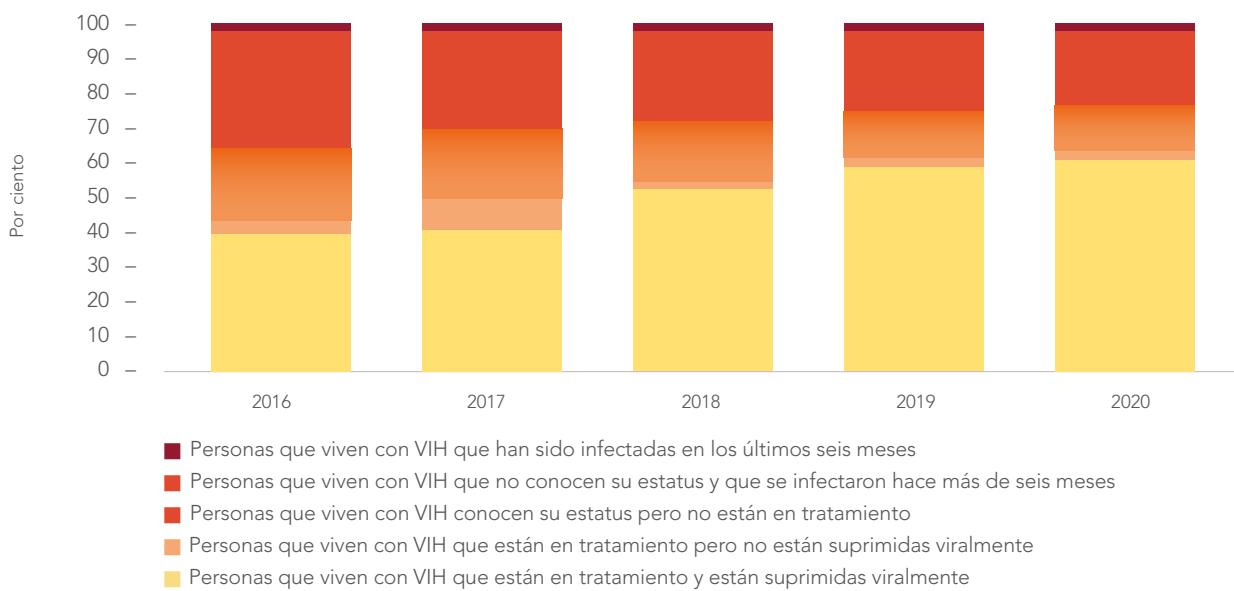
Afganistán: Herat, Jalalabad, Kabul, Kandahar, Kunduz y Mazar (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres); Faizabad, Herat, Jalalabad, Kabul, Kandahar, Kunduz, Mazar y Zaranj (personas que se inyectan drogas).

Mongolia: Darkhan, Dornod, Khövsgöl y Ulaanbaatar (trabajadoras sexuales); Darkhan, Dornod, Orkhon y Ulaanbaatar (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres).

Nota 3: Los valores notificados para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población en la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados

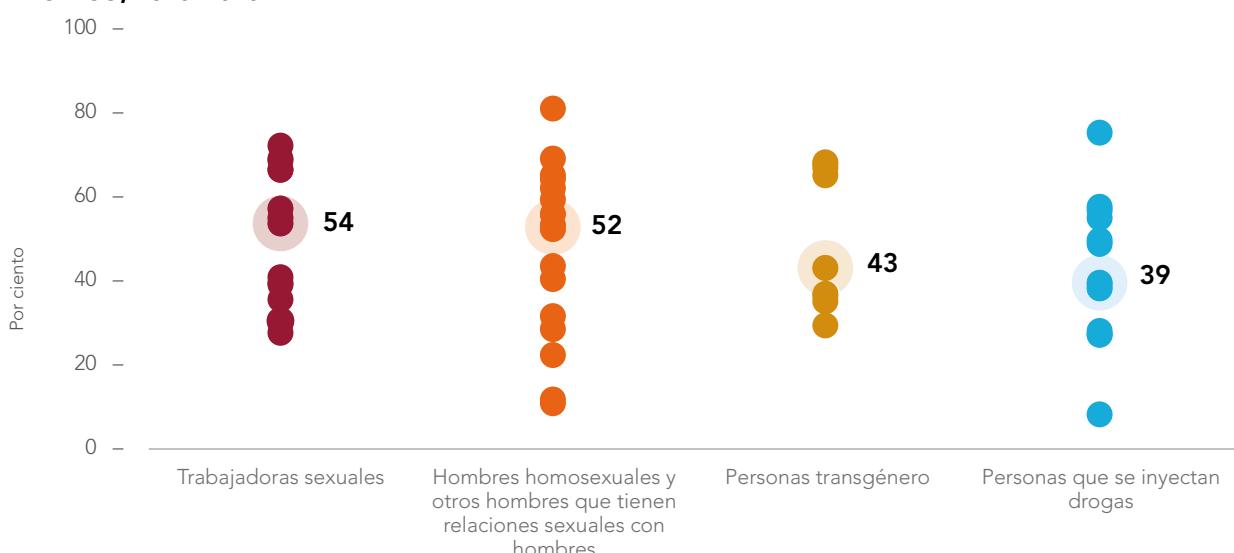
# SERVICIOS DE VIH

FIGURA 15.5 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), ASIA Y EL PACÍFICO, 2016–2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

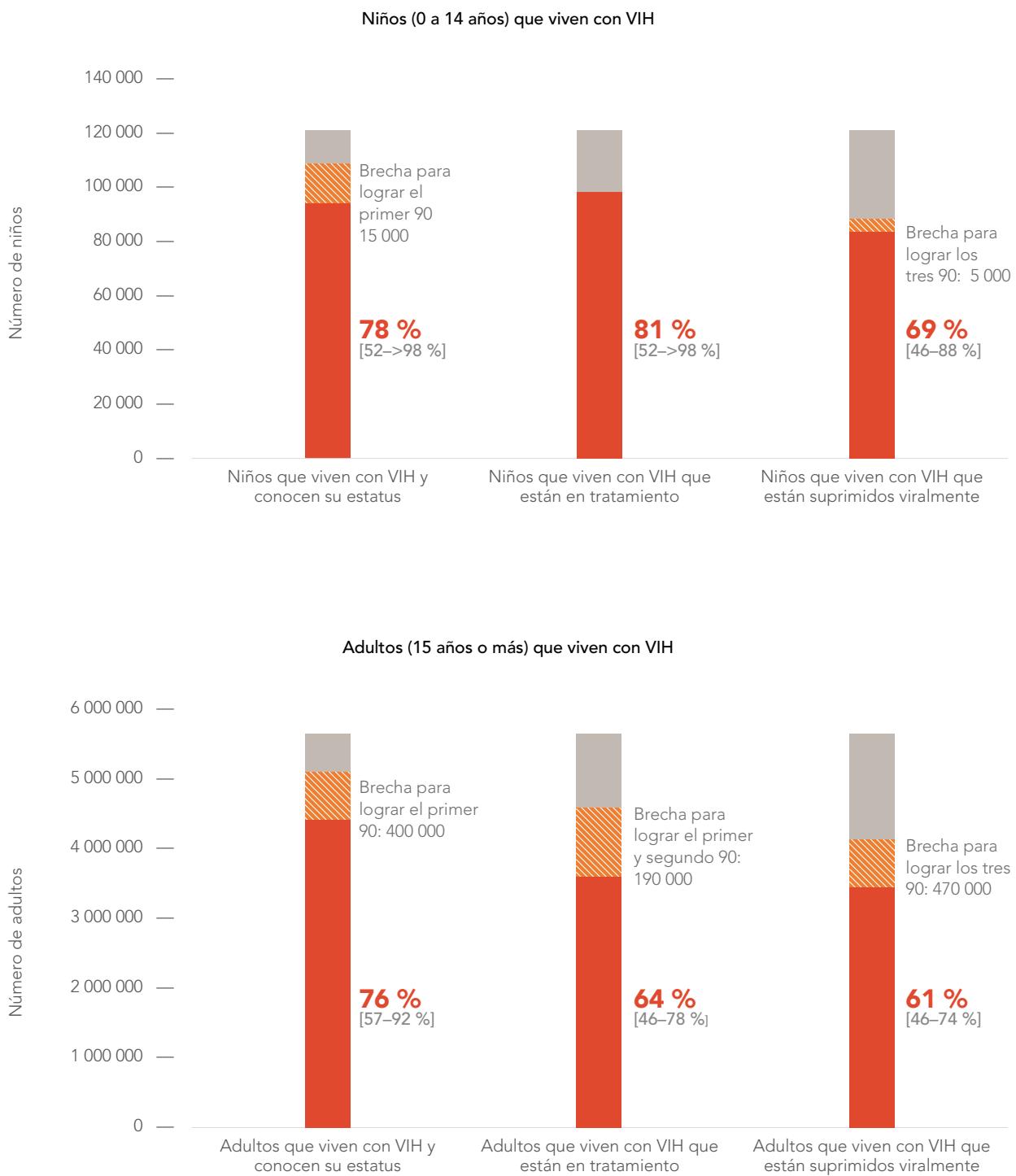
FIGURA 15.6 | COBERTURA DE LAS PRUEBAS DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, ASIA Y EL PACÍFICO, 2016–2020



Fuente: Encuestas biológicas y conductuales integradas, 2016–2020.

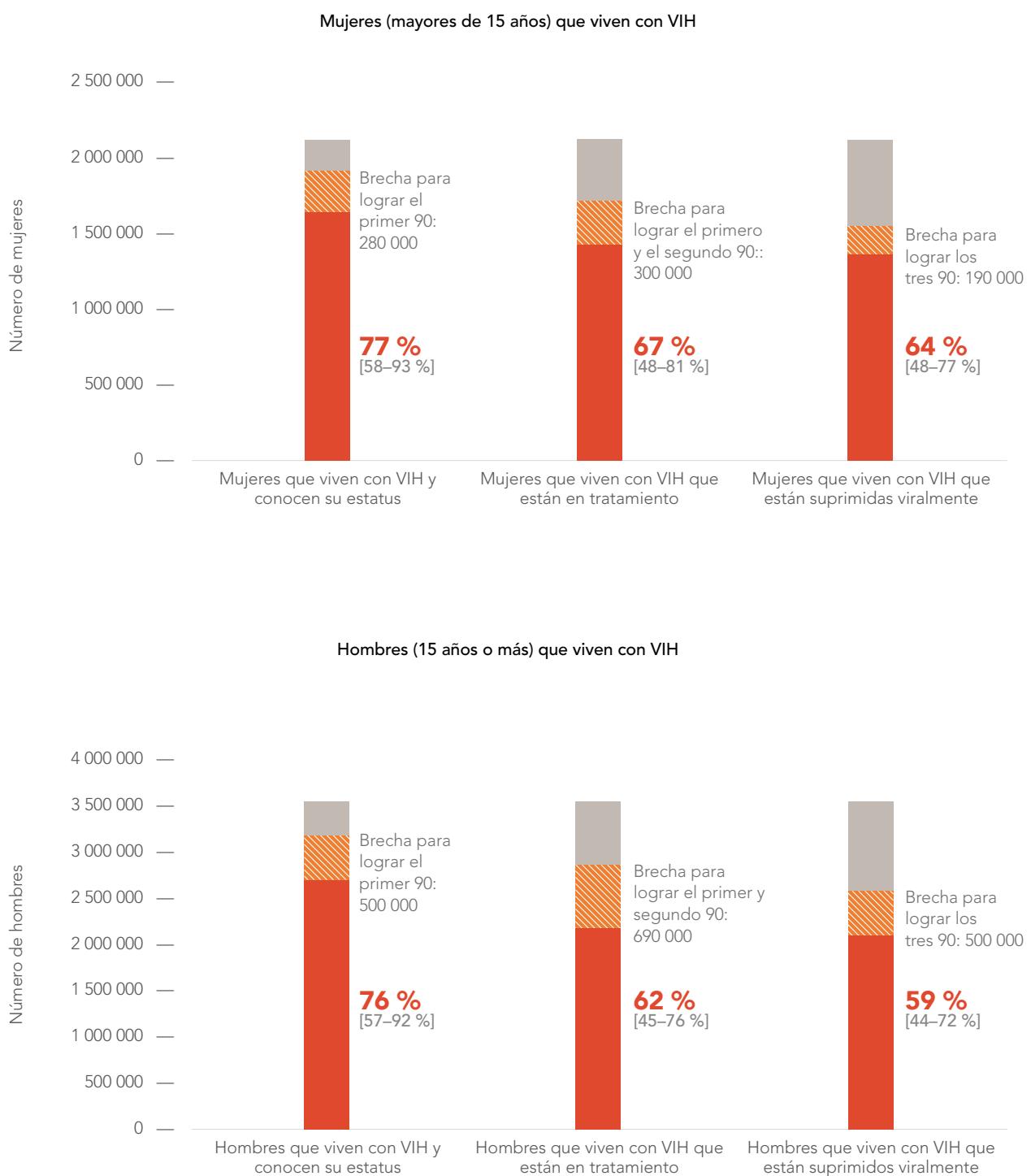
Nota: Los datos se calcularon basándose en 15 países informantes para trabajadoras sexuales y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, nueve países informantes para personas transgénero y 13 países informantes para personas que se inyectan drogas.

FIGURA 15.7 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), ASIA Y EL PACÍFICO, 2020



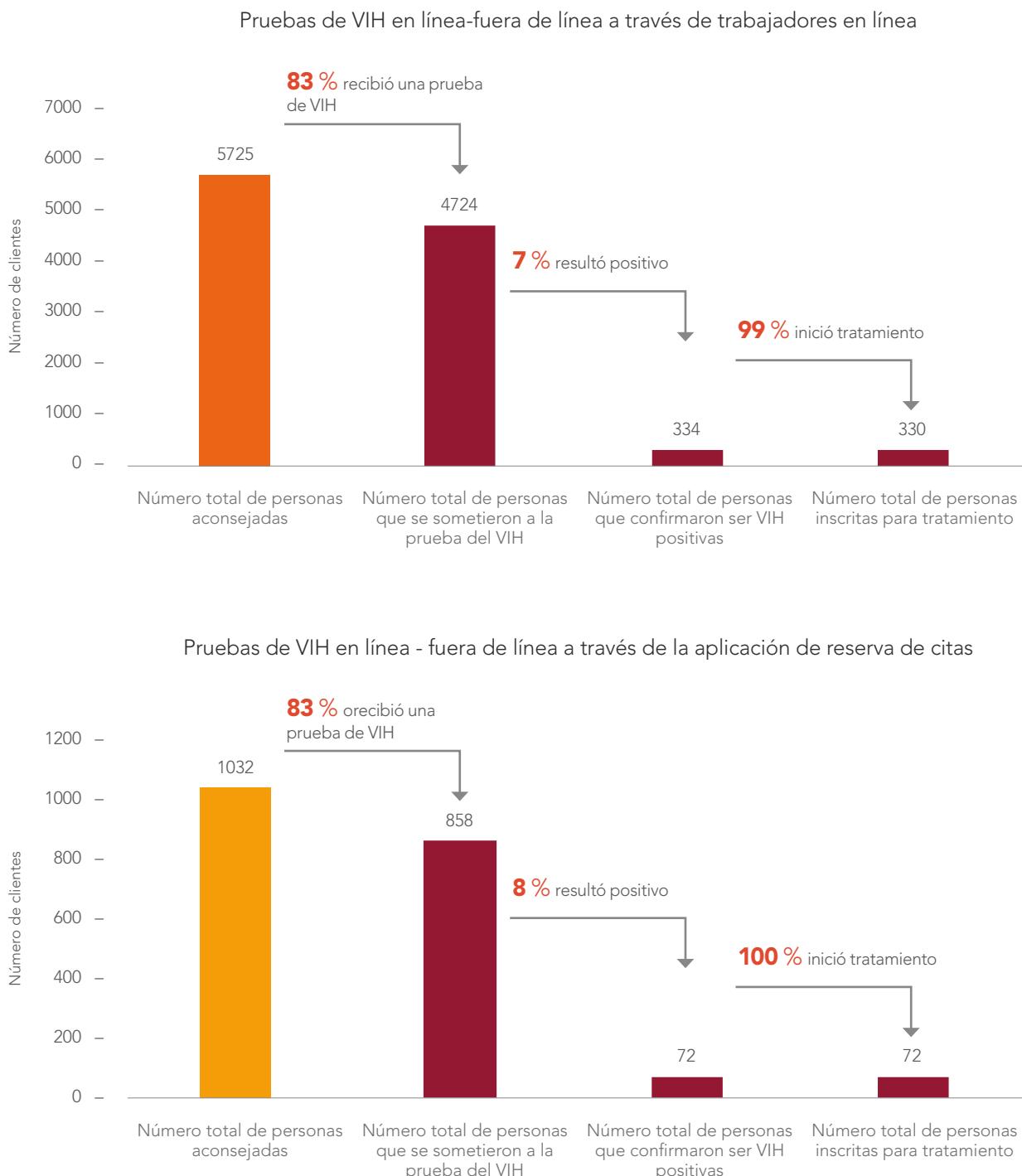
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 15.8 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), ASIA Y EL PACÍFICO, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

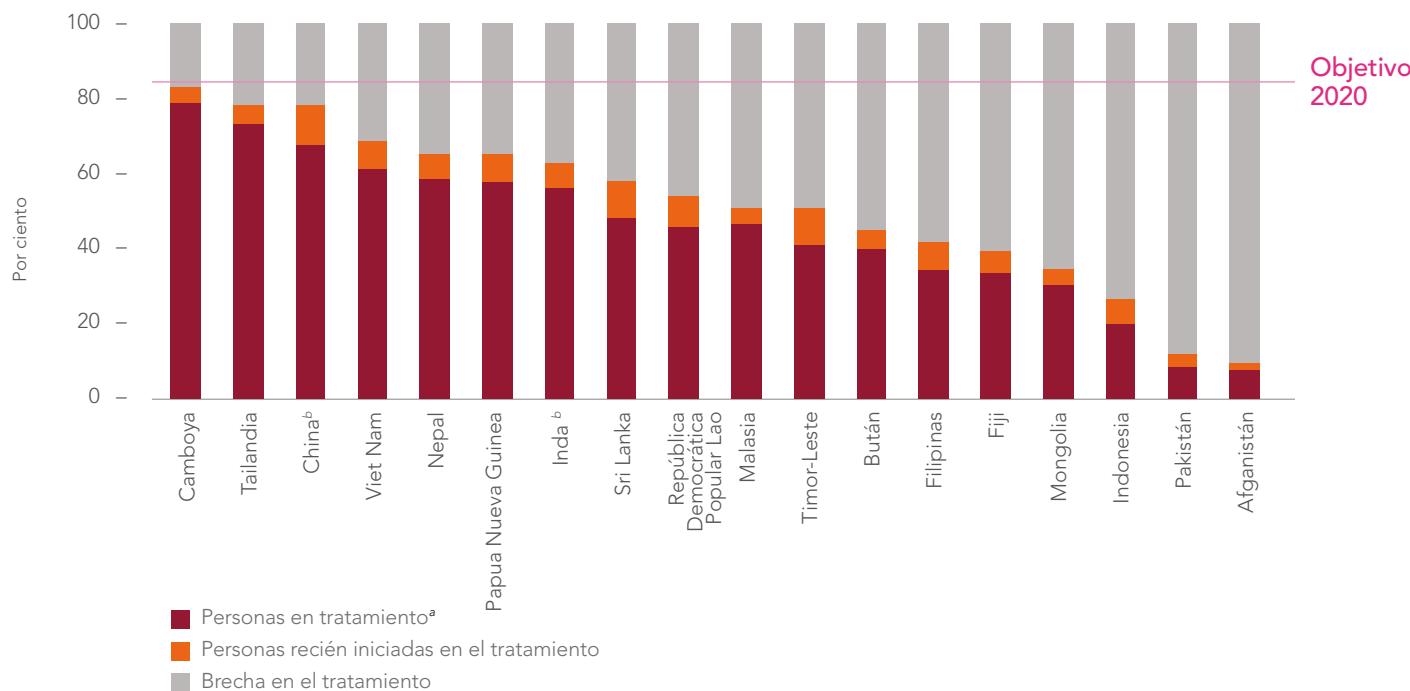
**FIGURA 15.9 | MODELO INNOVADOR EN LÍNEA-FUERA DE LÍNEA PARA MEJORAR LA CASCADA DEL SERVICIO DE PRUEBAS DEL VIH, POR GRUPO DE POBLACIÓN SELECCIONADO, VIETNAM, OCTUBRE 2018 A MARZO DE 2021**



Fuente: Datos del Programa de Mercados Saludables de USAID/PATH.

Nota: Los datos son para personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

FIGURA 15.10 | PROPORCIÓN DE NUEVAS INICIACIONES DE TERAPIA ANTIRRETRIVIRAL, PERSONAS EN TERAPIA ANTIRRETRIVIRAL Y BRECHA DE TRATAMIENTO ENTRE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, ASIA Y EL PACÍFICO, 2020

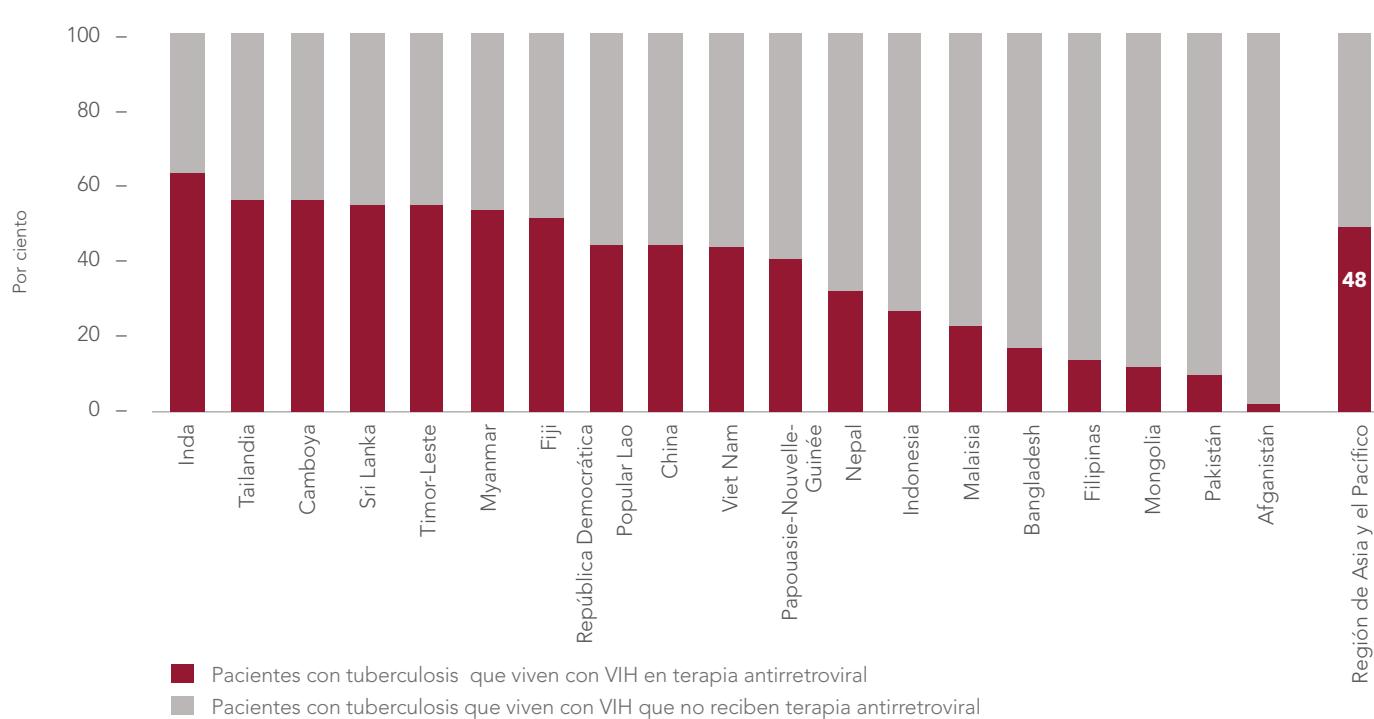


Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021; Vigilancia Mundial del SIDA de ONUSIDA, 2021; y Sankalak: Estado de la respuesta nacional al SIDA. Nueva Delhi, segunda edición: NACO, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar [India]; 2020.

<sup>a</sup> Excluye la nueva iniciación de la terapia antirretroviral.

<sup>b</sup> Estimaciones publicadas por el país.

FIGURA 15.11 | PROPORCIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE VIVEN CON VIH QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETRIVIRAL EN ASIA Y EL PACÍFICO, 2019



Fuente: Informe mundial sobre la tuberculosis 2020. Ginebra: OMS; 2020.

# LEYES POLÍTICAS

**TABLA 15.2 | LEYES PUNITIVAS  
Y DISCRIMINATORIAS, ASIA Y  
EL PACÍFICO, 2021**

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo						
Afganistán	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Australia	4	6	20			26			
Bangladesh	2	1	21		2	No1			2
Bután	1	1	1			26			1
Brunei Darussalam	4	7	20		2	26			2
Cambodge	1	1	1	1	1	1			1
China	1	1	1	1	1	1			1
Islas Cook						26			
República Popular Democrática de Corea		8	20						
Fiji	3	1	1	1	1	27			
India	2	2	2	2	2	2			2
Indonesia	1	1	33	1	1	1			1
Japón		9	20						1
Kiribati	2	1	20	1	1	2			2
República Democrática Popular Lao	1	1	1	1	1	1			1
Malasia	5	1	1	1	2	28			1
Maldiva	4	10	20			26			
Islas Marshall	3	11	20		3	29			3
Micronesia (Estados Federados de)	3	12	20		3	3			3
Mongolia	1	32	2		2	2			2
Myanmar	2	2	22		2	2			2
Nauru	3	13	20		3	3			3
Nepal	1	1	1	1	1	1			1
Nueva Zelanda	2	2	2		2				2
Niue	3				3				3
Pakistán	4	1	1	1	1	1			1
Palaos	3	14	20		3	3			31
Papua Nueva Guinea	1	1	23	1	1	1			1
Filipinas	1	1	1	1	1	1			1
República de Corea	2	2	34		2	2			2
Samoa	3	15	20		25	2			25
Singapur	2	1	1	1	1	2			2
Islas Salomón		16	20						2
Sri Lanka	1	1	24	1	1	1			1
Tailandia	1	1	1	1	1	1			1
Timor-Leste			20						
Tonga	3	17	20		3	3			3
Tuvalu	3	18	20		3	3			3
Vanuatu	3	19	20		3	3			3
Viet Nam	2	2	2		2	30			3

## Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

## Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

## Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena específica
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

## Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

## Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

## Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

## Fuentes :

1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2017 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe mapa legal trans 2019: reconocimiento ante la ley. Ginebra: ILGA World; 2020.
5. Reconocimiento legal de género en Malasia: una revisión legal y de políticas en el contexto de los derechos humanos. Bangkok: Asia Pacific Trans-gender Network y SEED Malaysia; 2017 ([https://www.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv\\_aids/Malaysia-APTN\\_Publication\\_OnlineViewing.pdf](https://www.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv_aids/Malaysia-APTN_Publication_OnlineViewing.pdf)).
6. Australia del Sur. Ley de delitos sumarios 1953. Sección 25; Victoria. Ley de Trabajo Sexual de 1994. Artículo 13; Nueva Gales del Sur. Ley de delitos sumarios de 1988. Artículo 19; El oeste de Australia. Ley de prostitución 2000. s25.
7. Brunei Darussalam. Código Penal 1951 (2016 edición). Prostitución, S 26/2012, sección 294A (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/78238/83493/F1602044948/BRN78238%202016%20Edition.pdf>).
8. República Popular Democrática de Corea. Derecho penal. Artículo 261 (Prostitución) ([https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea\\_2009\\_%20\(1\).pdf](https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
9. Japón. Ley contra la prostitución (1956).
10. Maldivas. Código Penal de 2014. Secciones 615, 620 y 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).
11. Islas Marshall. Código Penal 2011. Artículo 251 ([http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/Criminal-Code2011\\_1.pdf](http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/Criminal-Code2011_1.pdf)).
12. Estados Federados de Micronesia. Código del estado de Chuuk. Título 12, Capítulo 28 ([http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12\\_CH28.htm](http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm)).
13. Nauru. Ley de Delitos de 2016. Sección 107 ([https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT\\_CEDAW\\_ARL\\_NRU\\_28029\\_E.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf)).
14. Palau. Código de Palau. Ley contra la prostitución. Capítulo 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf>).
15. Samoa. Ley de Delitos de 2013. Secciones 72 y 73 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=93579&p\\_country=WSM&p\\_classification=01.04](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04)).
16. Islas Salomón. Código Penal. Sección 153 ([http://www.paclii.org/sb/legis/consol\\_act/pc66/](http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/)).
17. Tonga. Ley de delitos penales. Sección 81(4) (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/73337/95725/F665862081/TON73337.pdf>).
18. Tuvalu. Código Penal. Secciones 145 y 146 ([http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode\\_1.pdf](http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf)).
19. Vanuatu. Código Penal. Sección 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).
20. Mendoza LR. Homofobia patrocinada por el estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersex; diciembre 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
21. Bangladesh. Código Penal, 1860. Artículo 377 (<http://bdlaws.mnlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html>).
22. Myanmar. Código Penal. Art 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf>).
23. Papua Nueva Guinea. Ley del Código Penal de 1974. Artículo 210 ([http://www.paclii.org/pg/legis/consol\\_act/cca1974115.pdf](http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf)).
24. Sri Lanka. Código Penal, 1885. Artículo 365 ([http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal\\_Code.pdf](http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf)).
25. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2018 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
26. Base de datos mundial sobre criminalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
27. Fiji. Ley de Delitos de 2009. Parte 18, División 2, Sección 383.
28. Malasia. Código Penal, 2018. Artículos 269–270 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf>).
29. Islas Marshall. Ley de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles, 1988. S 1511 ([http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/19880028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988\\_1.pdf](http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/19880028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf)).
30. Vietnam. Ley de Prevención y Control del VIH / SIDA ([https://www.ilo.org/wcms5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_113364.pdf](https://www.ilo.org/wcms5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf)).
31. Aún no es bienvenido: restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
32. Mongolia. Código Criminal. Artículo 124.2 (<https://www.warnathgroup.com/wp-content/uploads/2015/03/Mongolia-Criminal-Code.pdf>).
33. Indonesia. Código Penal (Qanun Jinayat), Reglamento de Aceh No. 6/2014.
34. República de Corea. Ley Penal Militar de 2016. Artículo 92-6 ([https://elaw.klri.re.kr/eng\\_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG](https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG)).

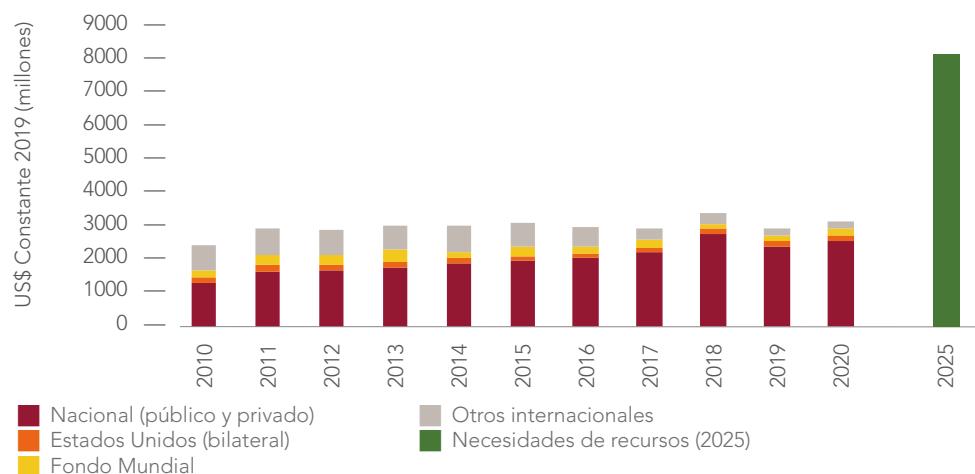
Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

## INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

A pesar de un aumento constante de las inversiones nacionales, la cantidad total de recursos disponibles para las respuestas al VIH en Asia y el Pacífico se ha mantenido estable durante los últimos cinco años. Los recursos para el VIH de fuentes nacionales se han duplicado desde el 2010, pero esto se ha compensado con una disminución del 50% de fuentes internacionales durante el mismo período. Las inversiones de las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y otras fuentes internacionales han disminuido en un 12%, 10% y 72%, respectivamente, desde el 2010.

En el 2020, se dispuso de US\$ 3.5 mil millones para la respuesta al VIH en la región, 82% de los cuales provino de financiamiento nacional. El Fondo Mundial contribuyó con el 7% de los recursos totales en el 2020, y las contribuciones bilaterales del gobierno de los Estados Unidos representaron el 5%. Existe una brecha de US\$ 5.7 mil millones entre los recursos disponibles y los US\$ 9.2 mil millones necesarios para cubrir las necesidades anuales de recursos de la región en el 2025.

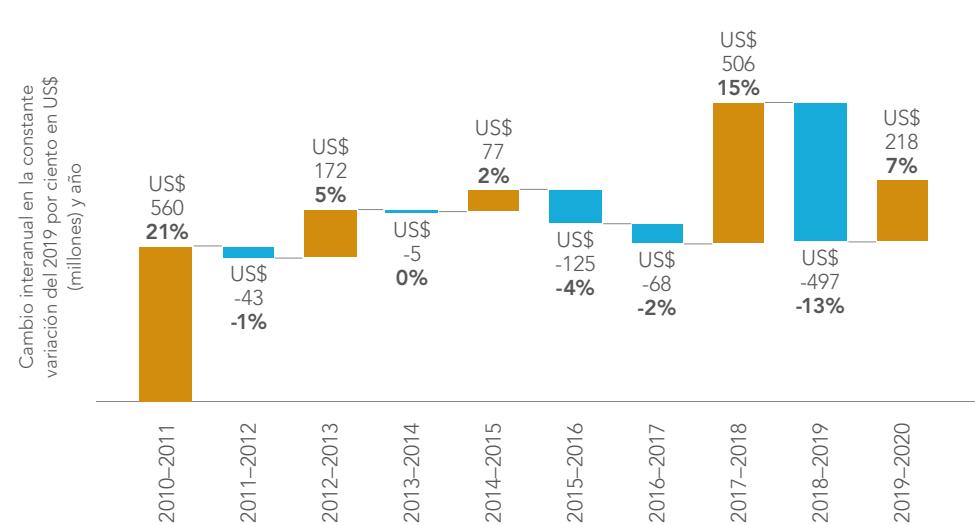
FIGURA 15.12 |  
**DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA  
EL VIH, ASIA Y EL  
PACÍFICO, 2010-2020,  
Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019.

FIGURA 15.13 |  
**CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA  
EL VIH, ASIA Y EL  
PACÍFICO, 2010-2011  
A 2019-2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Caso de Estudio

# LAS MOTOCICLETAS ACELERAN LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS Y EL VIH EN FILIPINAS

Filipinas tiene una alta carga de tuberculosis y tuberculosis multirresistente (MDR-TB). En el 2019, la prevalencia de tuberculosis en el país fue de 554 por 100 000 habitantes, lo que representa el 6% de la carga mundial (1). Se estima que la MDR-TB y la tuberculosis resistente a la rifampicina representan el 2.6% de los casos nuevos de tuberculosis y el 28% de los casos de tuberculosis tratados previamente en Filipinas (2). Sin embargo, el acceso deficiente a las pruebas de tuberculosis ha contribuido a las bajas tasas de notificación para las personas con tuberculosis.<sup>1</sup>

Desde julio de 2018, el Fondo Mundial y Philippine Business for Social Progress (PBSP) han apoyado al Departamento de Salud mediante el despliegue de Sputum Transport Riders, conocidos como "STRiders". Estos STRiders transportan muestras de esputo en motocicleta desde los centros de salud periféricos hasta los laboratorios para realizar pruebas utilizando plataformas GeneXpert.<sup>2</sup> Este sistema garantiza que los pacientes no tengan que viajar largas distancias y pasar tiempo fuera de la escuela y el trabajo. También ayuda a acortar los tiempos de respuesta de los resultados de laboratorio.

Los STRiders contratados por PBSP reciben mochilas aisladas y están capacitados en el manejo y transporte adecuados de las muestras. Visitan cada centro de referencia hasta tres veces por semana (según la distancia), transportan las muestras al sitio GeneXpert más cercano y devuelven los resultados al centro de salud periférico.

<sup>1</sup> La notificación de tuberculosis es el proceso de notificación de los casos de tuberculosis diagnosticados a las autoridades de salud pertinentes, quienes a su vez los notifican a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de los programas nacionales de tuberculosis (PNT) o su equivalente (3).

<sup>2</sup> Las plataformas GeneXpert se utilizan para diagnosticar la tuberculosis y la resistencia a la rifampicina (según lo recomendado por la OMS), la hepatitis C y la influenza estacional, y para las pruebas de carga viral del VIH y el diagnóstico infantil temprano de infección por VIH.

En el 2018-2019, las regiones con STRiders mostraron un aumento del 77% en la cantidad de muestras analizadas con GeneXpert (en comparación con un aumento del 65% en las regiones sin STRiders). También tuvieron un aumento del 56% en el número de especímenes que resultaron bacteriológicamente positivos con las pruebas en el lugar de atención (en comparación con el 49% en las regiones sin STRiders) (4).

El uso de STRiders se ha ampliado para cubrir todo el país durante los últimos dos años. Esto ha demostrado ser muy útil durante la epidemia de COVID-19, que vio severas restricciones de movimiento impuestas en todo el territorio de Filipinas. Estas restricciones provocaron la interrupción de los servicios esenciales para la tuberculosis y el VIH, lo que amenazó la capacidad de las personas que viven con tuberculosis y VIH para acceder a los diagnósticos y medicamentos. Durante la pandemia, el papel de STRiders se amplió para cubrir la entrega de medicamentos antirretrovirales desde los centros de tratamiento del VIH a las unidades de salud rurales para que los clientes los recojan localmente. Además, han estado entregando paquetes de prevención del VIH que contienen condones, lubricantes, información sobre el VIH y kits de autoevaluación del VIH a personas que se han registrado en línea. Los paquetes se anonimizan cuidadosamente y se entregan de manera que se garantice la confidencialidad. Esta es una de las muchas formas en que Filipinas ha introducido formas innovadoras y diferenciadas de brindar servicios de VIH, especialmente a los más necesitados.



*Los STRiders (Sputum Transport Riders) en Filipinas facilitan el diagnóstico oportuno de la tuberculosis enviando muestras a los laboratorios de pruebas. También han entregado medicamentos que salvan vidas a personas que viven con VIH durante la pandemia de COVID-19.*

## Referencias

1. Informe mundial sobre la tuberculosis 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
2. Revisión del programa conjunto de tuberculosis de Filipinas de 2019. Reporte de revisión. Manila: Departamento de Salud [Filipinas]; 2020 ([http://wwwntp.doh.gov.ph/downloads/publications/assessment\\_reports/JPR\\_2019.pdf](http://wwwntp.doh.gov.ph/downloads/publications/assessment_reports/JPR_2019.pdf)).
3. Uplekar M, Atre S, Wells WA, Weil D, Lopez R, Migliori GB et al. Notificación obligatoria de casos de tuberculosis en países con alta incidencia de tuberculosis: política y práctica. Eur Respir J. 2016 Dec;48(6):1571-81.
4. Carrera para acabar con la tuberculosis. Acelerando el Plan Estratégico de Eliminación de la Tuberculosis de Filipinas 2017-2022. Informes nacionales y regionales de 2018. Manila: OMS, Departamento de Salud [Filipinas]; 2019.

# AMÉRICA LATINA



**E**l progreso contra el VIH en América Latina ha disminuido en los últimos años. La región no logró los objetivos 90–90–90, y los diagnósticos tardíos son comunes entre las personas que viven con VIH. De las 100 000 [66 000–150 000] nuevas infecciones por VIH estimadas en el 2020, el 92% se encontraba entre las poblaciones claves y sus parejas sexuales, siendo los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres los más afectados, una señal de que los programas de VIH no están cerrando las brechas restantes entre las poblaciones de mayor riesgo. La mortalidad relacionada con el sida disminuyó en un 21% entre el 2010 y el 2020, con aproximadamente 31 000 [20 000–46 000] adultos y niños muriendo por causas relacionadas con el sida en el 2020. Estas deficiencias reflejan que las poblaciones claves tienen un acceso inadecuado a servicios adecuados contra el VIH y que continúan experimentando el estigma y discriminación, acoso físico y sexual, violencia y otras violaciones de derechos humanos. Estas barreras están socavando el impacto de la prevención y el tratamiento contra el VIH.

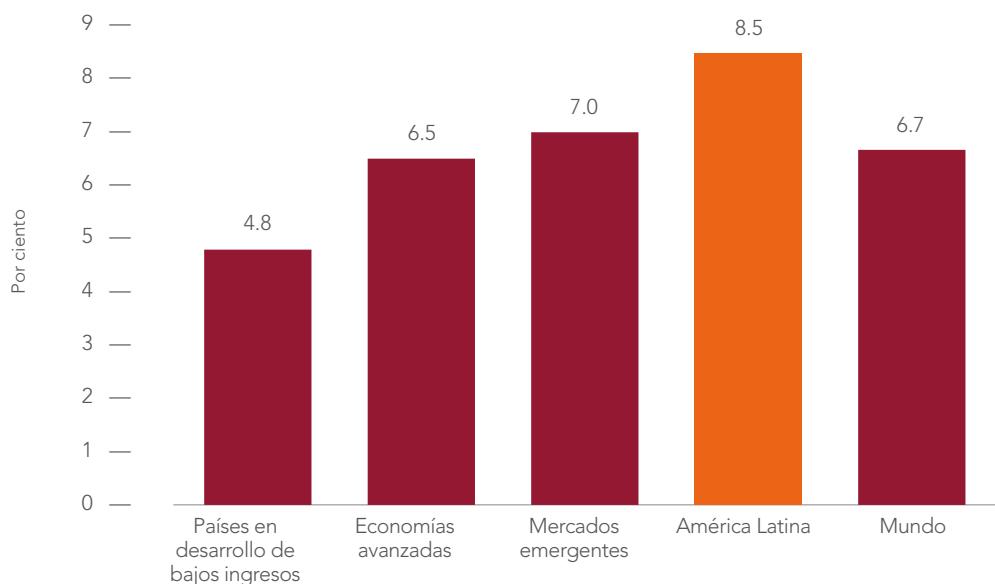
Existe una escasez de información estratégica detallada disponible sobre poblaciones claves en muchos países, y los servicios de VIH para poblaciones claves continúan careciendo de financiamiento significativo en casi todos los países de la región, a pesar de que la disponibilidad de recursos en general es alta. Los países deben reasignar los recursos del VIH a programas de alto impacto que lleguen y beneficien a las poblaciones claves, incluyendo la provisión ampliada de profilaxis previa a la exposición (PrEP). En el 2020, solo seis de los 17 países en la región informó que la PrEP se proporcionó dentro del sistema nacional de salud, y solo uno informó haber ofrecido autopruebas.

COVID-19 ha dañado las economías de la región, colocando a los sistemas de salud bajo presión adicional y llevando a millones de personas a un riesgo financiero. Sin embargo, las respuestas rápidas y creativas, como la implementación de la dispensación de varios meses y el intercambio de inventario de medicamentos antirretrovirales entre los países de la región, lograron limitar las interrupciones en los servicios de VIH en la mayoría de los países. Cerca del 90% de los países de América Latina están implementando estrategias o políticas de protección social, aunque solo algunos de esos programas benefician explícitamente a las personas que viven con VIH y las poblaciones claves.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

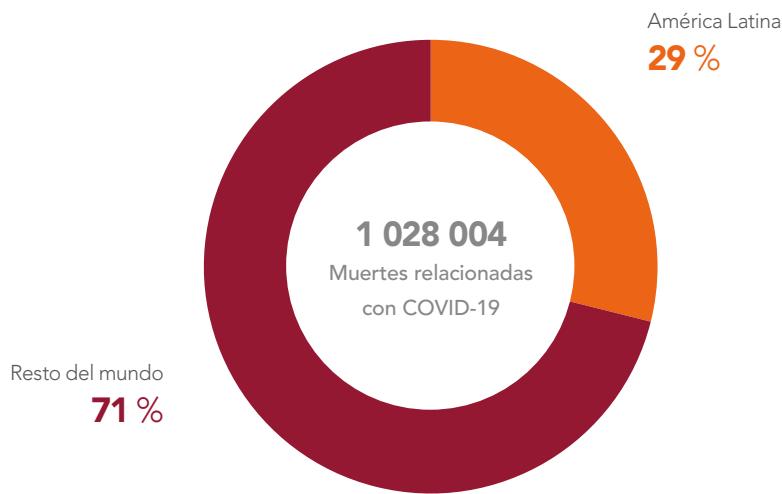
- Promover el acceso equitativo a una prevención combinada eficaz e innovadora del VIH dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura sanitaria universal.
- Promulgar leyes de protección, incluyendo leyes contra la discriminación y la identidad de género.
- Empoderar y dotar de recursos completos a respuestas innovadoras y sensibles al género dirigidas por la comunidad.
- Implementar respuestas nacionales basadas en la evidencia y los derechos humanos, con asignación eficiente de recursos nacionales y financiamiento sostenible.
- Ampliar la dispensación de varios meses y la transición a regímenes de primera línea basados en dolutegravir.
- Garantizar el acceso a servicios integrales de VIH para los migrantes y solicitantes de asilo.

**FIGURA 16.1 | PARTICIPACIÓN DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO PERDIDO COMO RESULTADO DE LA PANDEMIA COVID-19, GRUPOS DE PAÍSES SELECCIONADOS, 2020**



Fuente: Szmigiera M. Pérdida de PIB por COVID-19, por economía, 2020. En: statista.com [Internet]. 1 Junio 2021 (<https://www.statista.com/statistics/1240594/gdp-loss-covid-19-economy/>).

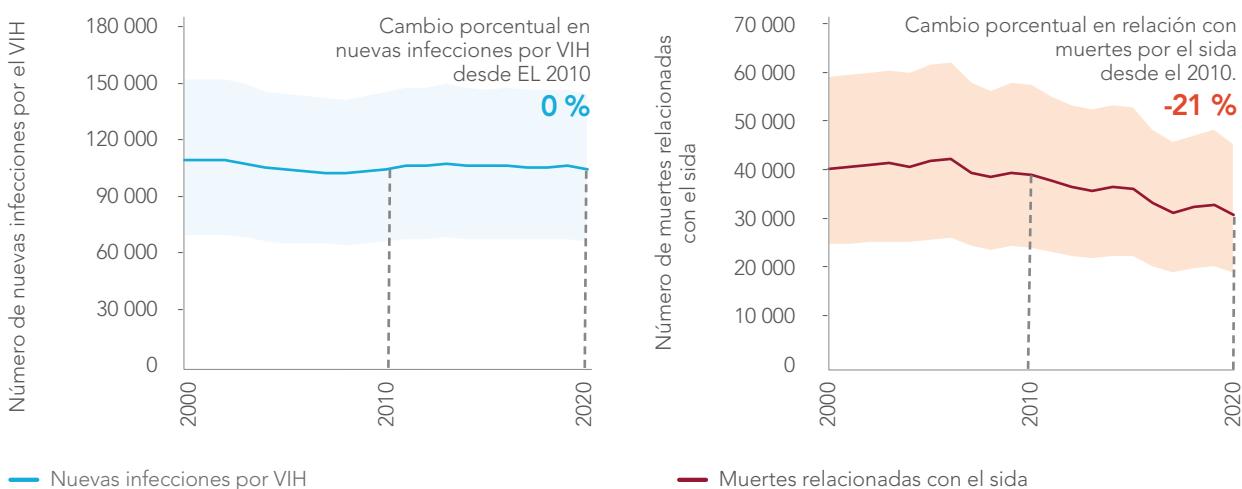
**FIGURA 16.2 | DISTRIBUCIÓN DE MUERTES RELACIONADAS CON COVID-19, MUNDIAL, HASTA MAYO DE 2021**



Fuente: Elflein J. COVID-19 Muertes en todo el mundo al 31 de mayo de 2021, por país. En: statista.com [Internet]. 31 mayo 2021 (<https://www.statista.com/statistics/1101643/latin-america-caribbean-coronavirus-cases/>).

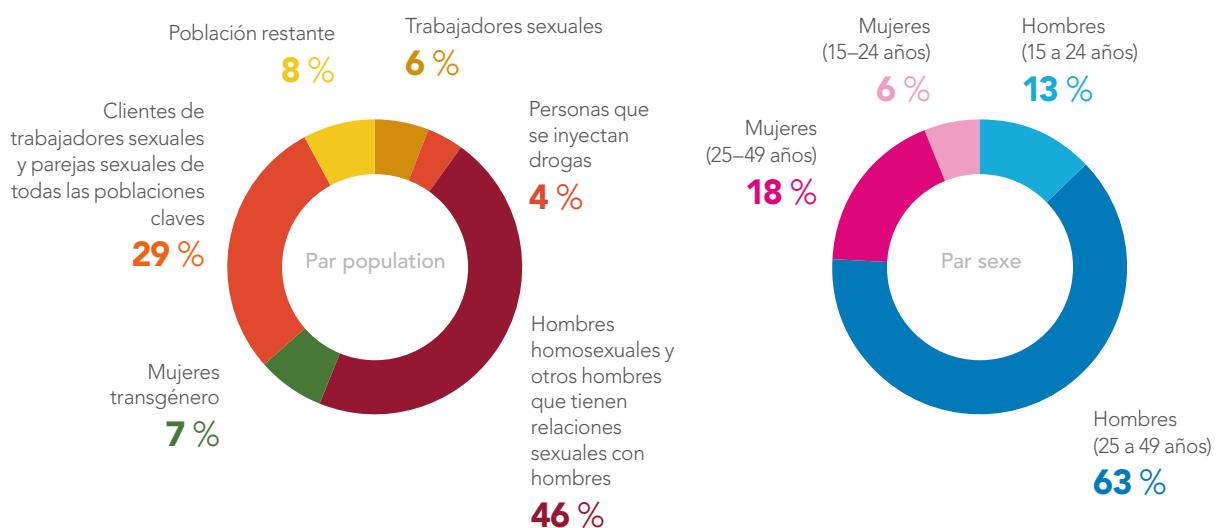
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 16.3 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, AMÉRICA LATINA, 2000–2020



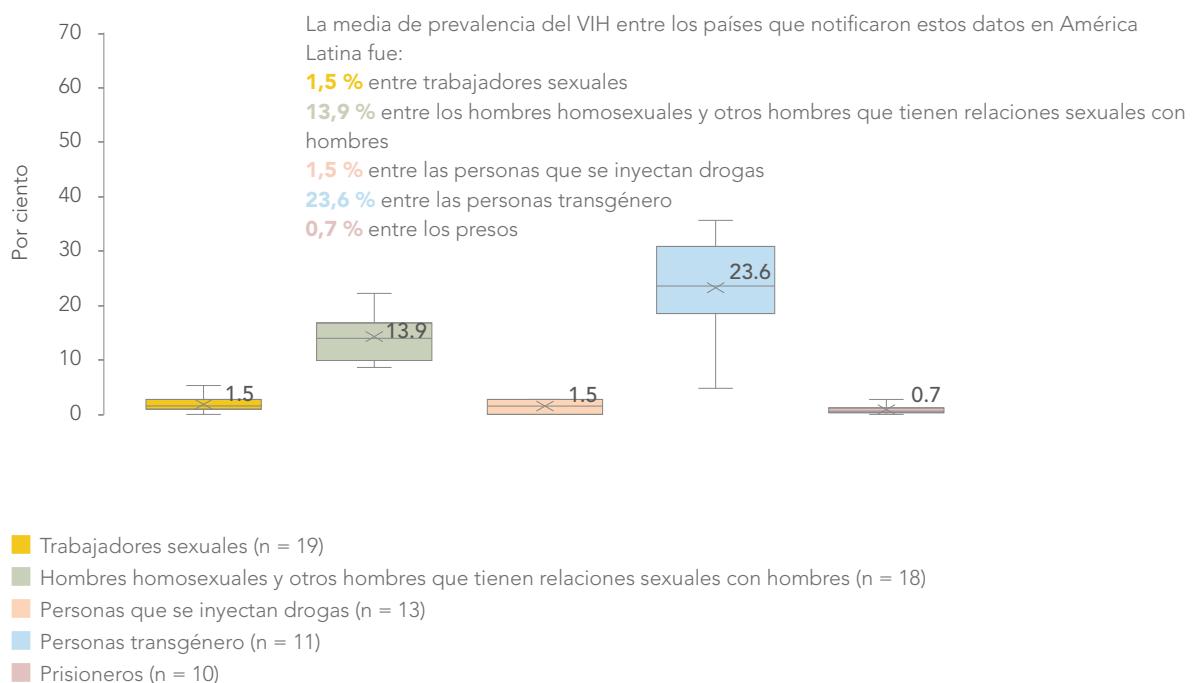
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 16.4 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS), AMÉRICA LATINA, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

**FIGURA 16.5 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN AMÉRICA LATINA, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

Cómo leer esta tabla

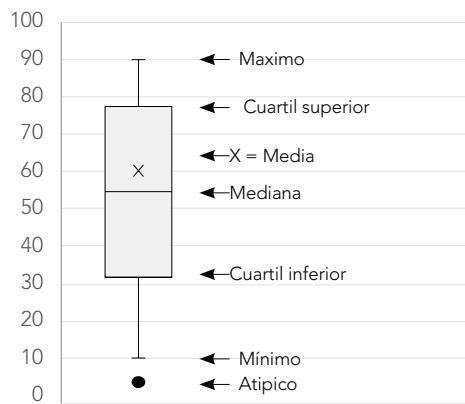


TABLA 16.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, AMÉRICA LATINA, 2018–2020

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Bolivia (Plurinacional Estado de)	6 100 000										
Brasil	114 000 000									702 000	0,62 %
Chile	9 800 000									38 400	0,03 %
Colombia	27 400 000		300 000							120 000	0,45 %
Costa Rica	2 600 000						400			15 800	0,61 %
Guatemala	9 200 000	116 000	1,27 %				4300	0,05 %		25 200	0,27 %
México	66 100 000	244 000	0,37 %	1 226 000	1,85 %		123 000	0,19 %		202 000	0,31 %
Nicaragua	3 600 000									19 700	0,55 %
Panamá	2 200 000	8600		30 000			2000				
Paraguay	3 900 000	9000		32 200			1200				
Perú	17 100 000			260 000	1,52 %						
Uruguay	1 700 000			28 600	1,68 %		1600	0,09 %			
Venezuela (República Bolivariana de)	14 600 000						15 000	0,10 %			
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,25 %		1,69 %		-		0,06 %		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional

■ Datos insuficientes

■ Estimación del tamaño de la población local

■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

<sup>b</sup> Breve técnico: Estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Las regiones cubiertas por la estimación del tamaño de la población local son las siguientes:  
Colombia: Bogotá, Cali y Medellín.

Costa Rica: Gran Área Metropolitana.

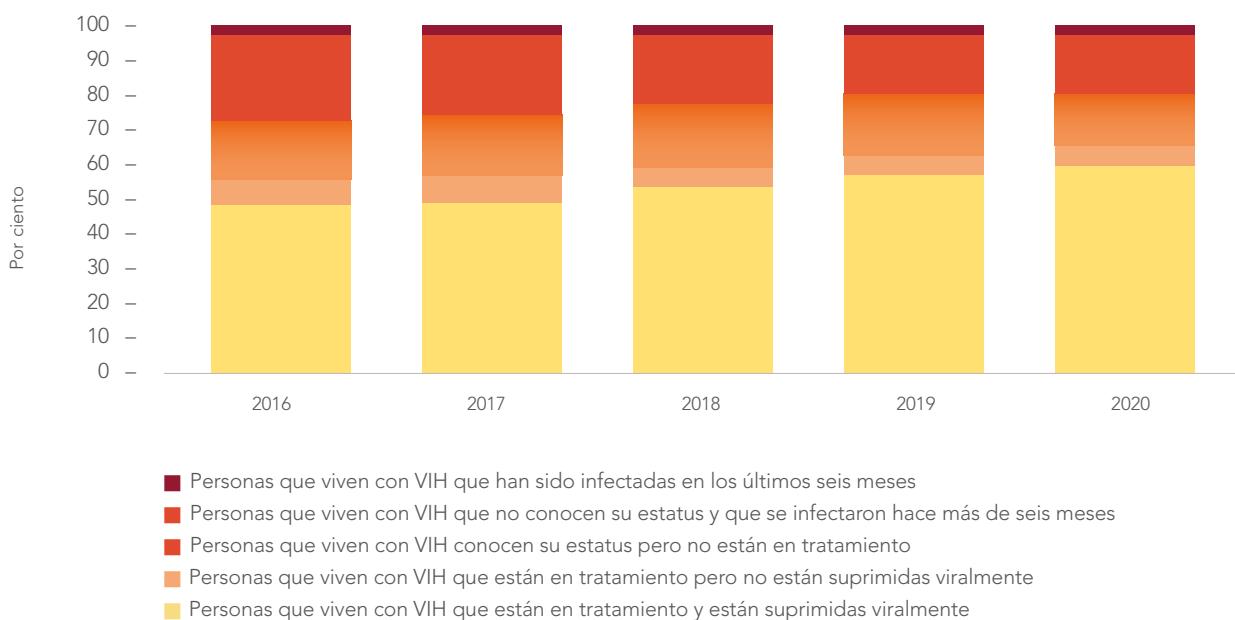
Panamá: Azuero, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Centro, Panamá Este, Panamá Norte, Panamá Oeste y Veraguas.

Paraguay: Alto Paraná, Amambay, Área Metropolitana (Asunción y Central) y Caaguazú (trabajadoras sexuales); Alto Paraná, Asunción, Caaguazú y Central (hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres); Amambay, Asunción y Central (personas trans).

Nota 3: Los valores notificados para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población de la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

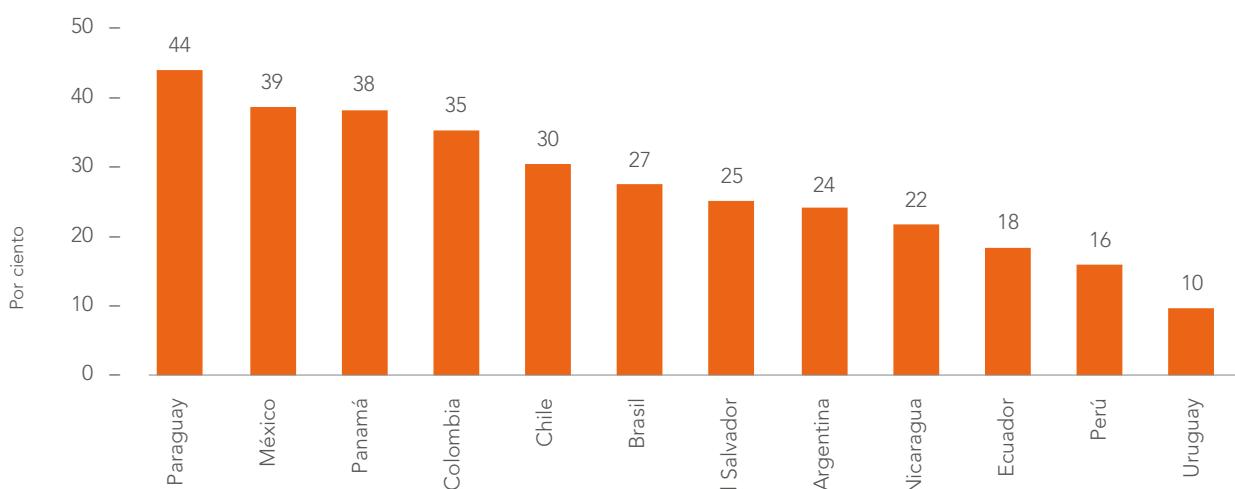
## SERVICIOS DE VIH

**FIGURA 16.6 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), AMÉRICA LATINA, 2016–2020**



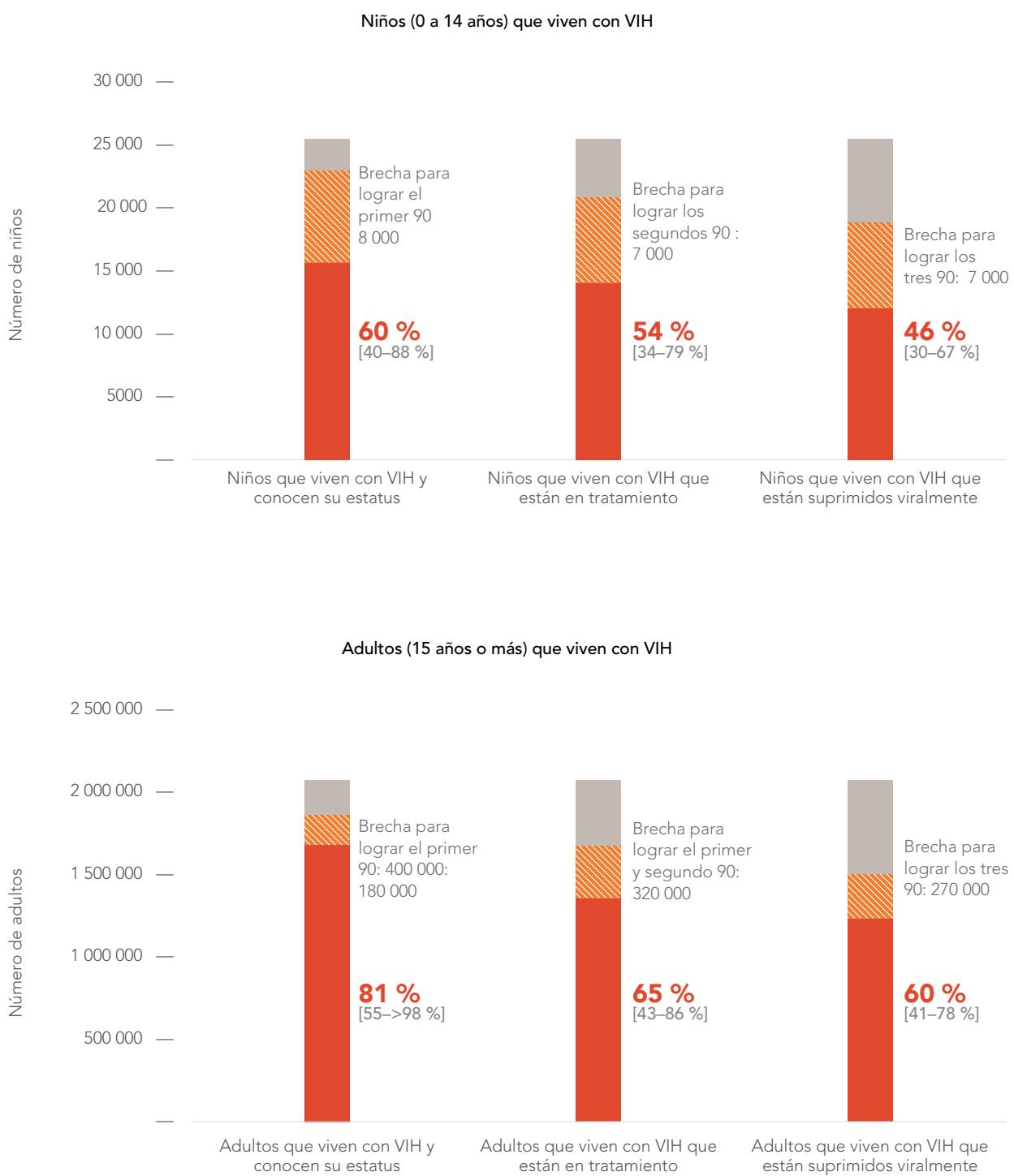
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 16.7 | PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CON UN RECUENTO DE CÉLULAS CD4 <200 CÉLULAS/MM3 EN EL DIAGNÓSTICO, PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA, 2020**



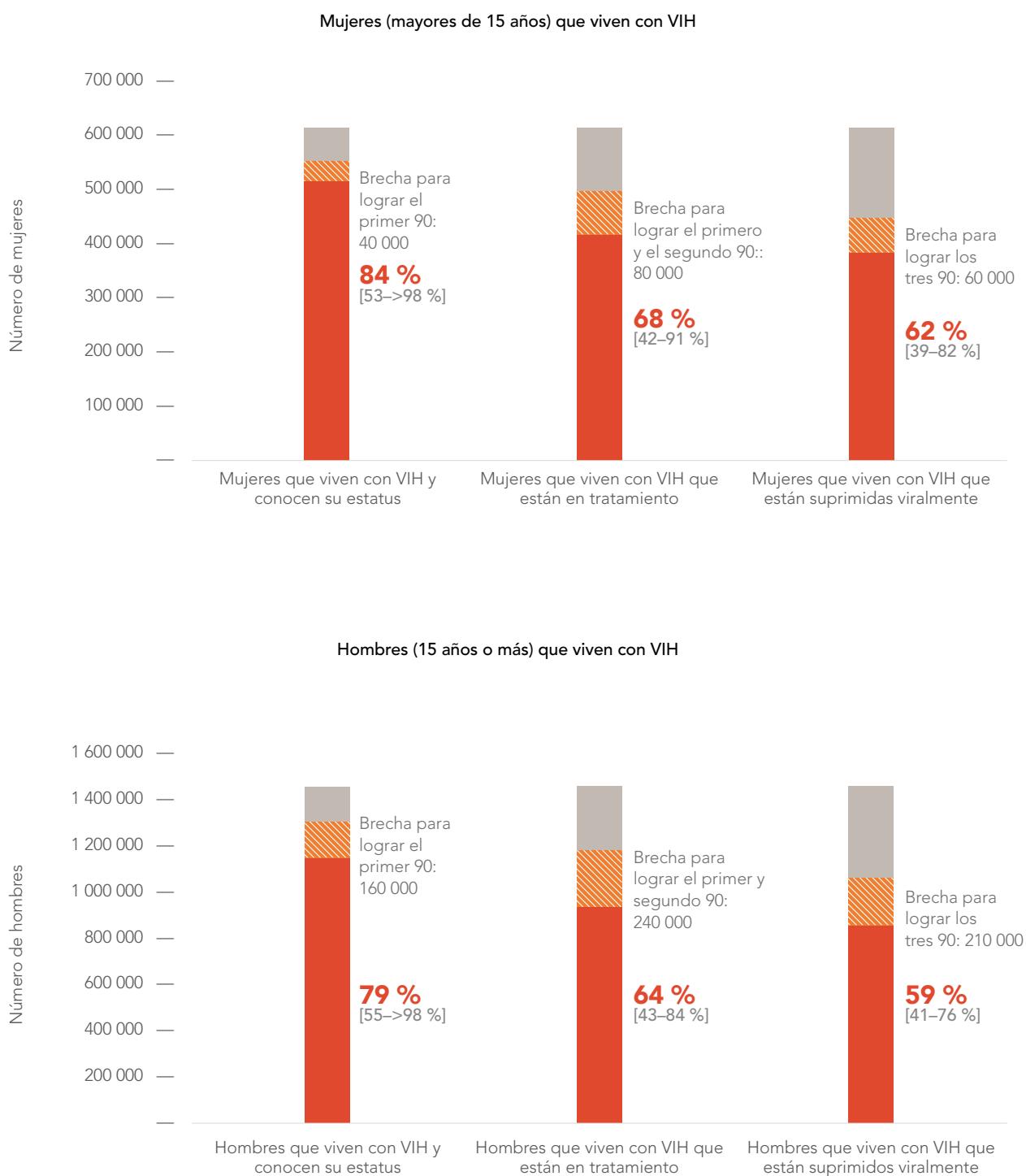
Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 16.8 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), AMÉRICA LATINA, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 16.9 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), AMÉRICA LATINA, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 16.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, AMÉRICA LATINA, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo	La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Leyes que penalizan la transmisión, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia o para ciertos grupos
Argentina	1	1	1	1	1	1		1
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2	2	2		2	2		2
Brasil	1	1	1	1	1	1		1
Chile	1	1	5	1	1	1		1
Colombia	2	1	1	1	1	2		2
Costa Rica	1	1	1	1	1	1		1
Ecuador	2	1	2	1	2	9		2
El Salvador	1	3	1	1	1	10		1
Guatemala	1	1	1	1	1	1		1
Honduras	1	1	1	1	8	1		1
México	2	1	1	1	1	1		1
Nicaragua	1	4	1	1	1	1		1
Panamá	1	1	1	1	1	11		1
Paraguay	1	1	1	1	2	1		1
Perú	1		6		2	2		1
Uruguay	2	2	2		2	2		1
Venezuela (República Bolivariana de)	1	1	1	7	1	1		1

## Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

## Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

## Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

## Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

**Fuentes :**

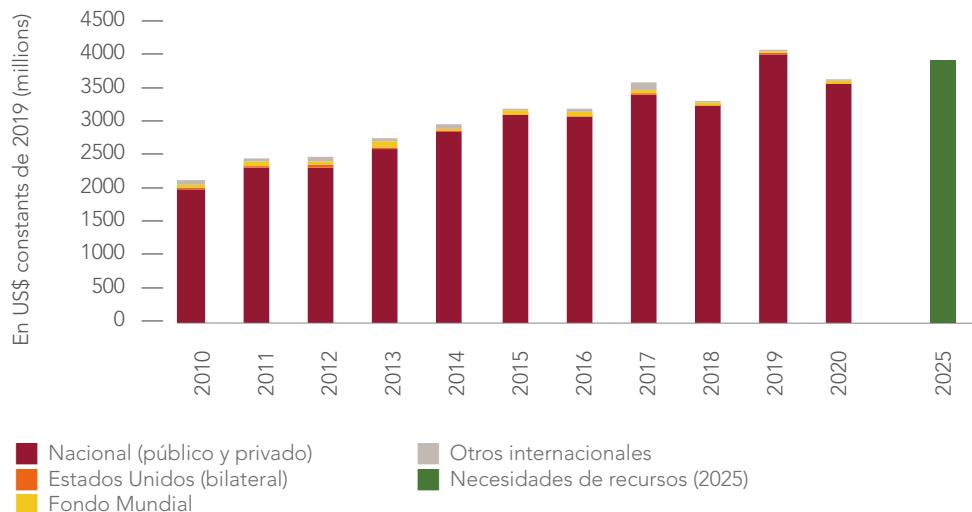
1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. El Salvador. Código Penal. Artículos 170 y 170A.
4. Nicaragua. Ley 641. Artículo 178 ([https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia\\_reciente/CP\\_641.pdf](https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf)).
5. Chile. Modifica el Código Penal, El Código de Procedimiento Penal y Otros Cuerpos Legalese en Materias Relativas al Delito de Violación: Ley N° 19.617. Artículo 365. (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=138814&idParte=8346393&idVersion=1999-07-12>).
6. Mendos LR. Homofobia patrocinada por el estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersex; Diciembre de 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
7. República Bolivariana de Venezuela. El artículo 70 del Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, 2005 ([https://web.oas.org/mla/en/G\\_Countries\\_MLA/Ven\\_multla\\_leg\\_esp\\_13.doc.pdf](https://web.oas.org/mla/en/G_Countries_MLA/Ven_multla_leg_esp_13.doc.pdf)).
8. Honduras. Ley Especial sobre VIH/SIDA, 1999. Artículo 60 (<http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/LeyEspecialVIHIDA.pdf>).
9. Ecuador. Ley 11, Registro Oficial 58, 14 de abril de 2000. Ley para la prevención y asistencia integral del VIH SIDA ([http://www.coalicionequatoriana.org/web/pdfs/LEYPARALAPREVENCIONASISTENCIA\\_INTEGRALDELVIHIDA.pdf](http://www.coalicionequatoriana.org/web/pdfs/LEYPARALAPREVENCIONASISTENCIA_INTEGRALDELVIHIDA.pdf)).
10. El Salvador. Diario Oficial, 12 de Enero de 2017. Art 15 ([http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley\\_proteccion\\_control\\_infeccion\\_provocada\\_por\\_vih.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf)).
11. Panamá. Texto Único del Código Penal de la República de Panamá. Art 308.
12. Aún no es bienvenido: restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

## INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

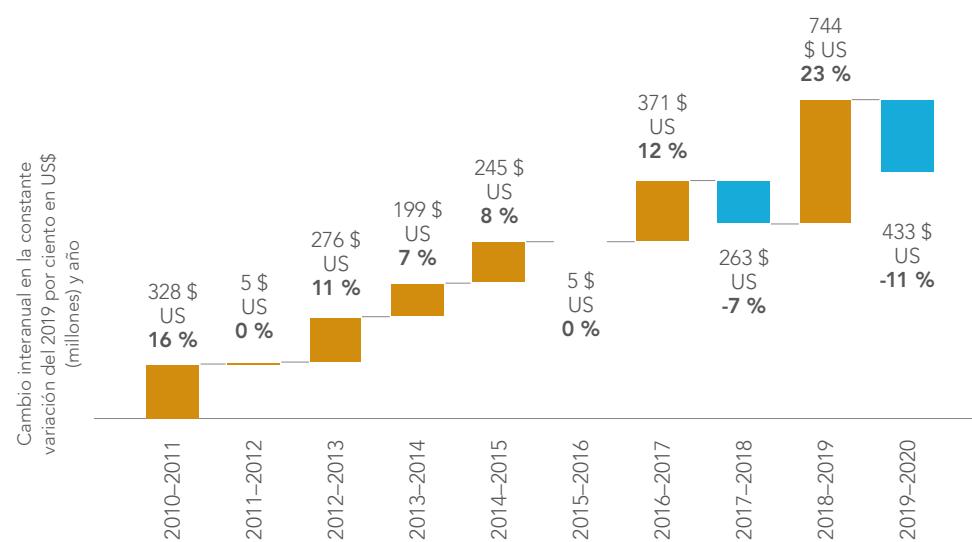
La mayoría de los países de América Latina han movilizado con éxito grandes cantidades de recursos nacionales para sus respuestas al VIH. Solo existe una brecha del 8% entre los recursos disponibles en la región en el 2020 y la cantidad necesaria para el 2025. Sin embargo, una estabilización de las infecciones por VIH y una reducción lenta de la mortalidad relacionada con el sida sugiere que se requiere un uso mucho mejor de los recursos disponibles. Los recursos nacionales aumentaron en un 79% del 2010 al 2020, lo que representa el 98% de todos los recursos para el VIH en el 2020. Los recursos de fuentes internacionales disminuyeron en un 55% durante el mismo período. En conjunto, los recursos para el VIH en la región aumentaron en un 70% durante la última década. Es necesario reducir los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales y aumentar el gasto en programas de prevención del VIH enfocados en poblaciones claves a mayor riesgo de la infección por VIH

**FIGURA 16.10 |  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA  
EL VIH, AMÉRICA  
LATINA, 2010–2020,  
Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019.

**FIGURA 16.11 |  
CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH, AMÉRICA LATINA,  
2010–2011 A  
2019–2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).



*Richard Guimaraes, un adolescente de 14 años de edad que va de camino a la escuela en la comunidad de San Rafael Shipibo, en Ucayali, Perú.*

*Crédito: UNICEF Perú/Pereira García*



## Caso de Estudio

# ELIMINANDO LOS OBSTÁCULOS DE CONSENTIMIENTO PARENTAL EN PERÚ

Los adolescentes en muchos países alrededor del mundo enfrentan restricciones de edad de consentimiento cuando intentan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y VIH. En Perú, dos barreras legales específicas fueron superadas en el 2020 después de años de campañas persistentes por parte de los activistas.

Los dos obstáculos para poder acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes fueron el Código Civil y la Ley General de Salud. El Código Civil estipula que los adolescentes de 14 a 16 años son legalmente incompetentes para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, lo que requiere el consentimiento parental para acceder a estos servicios, incluyendo anticonceptivos y la prueba del VIH. Los de 17 y 18 años también requieren el consentimiento parental, excepto en el caso de matrimonio o emancipación. La Ley General de Salud refuerza el requisito de que los adolescentes obtengan el consentimiento parental o de sus tutores legales para acudir a cualquier servicio de salud.

La falta de control que tienen las adolescentes peruanas sobre su vida sexual y reproductiva se refleja en los datos de la encuesta nacional, que muestran que más del 13% de las adolescentes (15 a 19 años) en Perú y el 24% de del quintil mas pobre: están embarazadas o son madres. Dos de cada tres adolescentes que alguna vez han estado embarazadas informaron que sus embarazos no habían sido planeados (1).

Durante los últimos cuatro años, la campaña sostenida de organizaciones no gubernamentales peruanas, con el apoyo legal y técnico de agencias de la ONU, ha desmantelado gradualmente las restricciones en un proceso que puede servir como una mejor práctica para orientar esfuerzos similares en otros lugares.

El primer avance se produjo en el 2016, en forma de una actualización del Estándar de Planificación Familiar, que redefinió los anticonceptivos como suministros de prevención en lugar de productos de atención médica. El Ministerio de Salud del Perú adoptó esa política, lo cual permitió a los adolescentes de 14 años o más acceder a la anticoncepción y otros servicios de salud sexual y reproductiva sin requerir el consentimiento de sus padres o tutores legales.

## DETERMINACIÓN, ALIANZAS Y TÁCTICAS INTELIGENTES

El énfasis pasó a permitir que los adolescentes de 14 años o más se realicen legalmente una prueba contra el VIH sin el consentimiento de los padres. Los esfuerzos se enfocaron en el Ministerio de Salud, donde se construyeron alianzas entre el Departamento de VIH y otros departamentos, especialmente los responsables de establecer estándares de atención para adolescentes. Los beneficios para la salud pública de legalizar el acceso de los adolescentes a las pruebas del VIH fueron objeto de un amplio debate. La Mesa Redonda de Lucha contra la Pobreza, un venerable foro de campaña por la justicia social y la igualdad, fue un aliado importante. También fueron claves los grupos comunitarios de adolescentes que dieron a conocer el tema entre los adolescentes, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El siguiente avance fue en el 2019, cuando el Ministerio de Salud declaró que la detección del VIH en adolescentes debe considerarse parte del paquete básico de atención de salud sexual y reproductiva. Esto allanó el camino para un proceso participativo para desarrollar un nuevo estándar técnico de salud para regular la atención a los niños y adolescentes que viven con VIH. Se construyeron alianzas con otros ministerios y la Defensoría del

Pueblo para enfatizar la amplia relevancia de un nuevo estándar y para protegerlo preventivamente contra ataques de grupos conservadores.

Adolescentes, proveedores de salud, padres y organizaciones de la sociedad civil participaron en el proceso de consulta que tuvo una duración de 10 meses, y que culminó con la aceptación de las recomendaciones por parte del Ministerio de Salud. La nueva estipulación, que permite a los adolescentes de 14 años o más acceder a la prueba del VIH sin el consentimiento parental, está alineada con la edad de consentimiento sexual establecida en el Código Penal.

Ahora que se han eliminado las barreras legales, el siguiente paso es establecer protocolos clínicos para la prueba del VIH en adolescentes sin el consentimiento parental, incluyendo el manejo de las consideraciones de salud mental.

Esta historia de éxito muestra el valor de un enfoque paso a paso que combina campañas continuas por parte de la sociedad civil junto con la construcción de alianzas, y que utiliza el apoyo técnico y de promoción de las agencias de la ONU para promover cambios regulatorios.



*La campaña Huancavelica: Levántate y levanta la mano por los adolescentes: #Reimagina un Perú mejor—fue desarrollado con adolescentes peruanos de todo el país.*

Crédito: UNICEF Perú/T Torres

## Referencias

1. Encuesta demográfica y de salud familiar 2017—nacional y regional. Lima: El Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú ([https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html)).



# CARIBE



**E**l Caribe ha logrado un progreso constante contra el sida, especialmente al proporcionar pruebas y tratamientos que salvan vidas a las personas que viven con VIH. Las muertes relacionadas con el sida se han reducido a la mitad desde el 2010, aunque la región no alcanzó los objetivos de pruebas y tratamiento del 2020: 82% [70–96%] de las personas que viven con VIH conocían su estatus de VIH, 82% [68–97%] que conocían su estatus de VIH positivo estaban recibiendo tratamiento y 89% [74–> 98%] de las personas en tratamiento estaban suprimidas viralmente.

Las organizaciones lideradas por la comunidad en la región han demostrado que, si cuentan con el apoyo adecuado, pueden desempeñar un papel importante en abordar las desigualdades en el acceso a los servicios de VIH a través de una búsqueda de casos más eficiente y un vínculo fortalecido con el tratamiento y la atención, y garantizando la confidencialidad y consistencia de los servicios de apoyo psicosocial a lo largo de la atención continua. Estas organizaciones son especialmente hábiles para llegar a poblaciones claves que, junto con sus parejas sexuales, representaron el 68% de las nuevas infecciones por VIH en la región en el 2020.

La pandemia de COVID-19 y los desastres naturales han interrumpido los sistemas de salud, agravando las brechas financieras, técnicas y de recursos humanos en los servicios de salud. Superar estas interrupciones y continuar la expansión de los servicios de VIH hacia las metas para el 2025 requiere la implementación completa de las mejores prácticas en la combinación de la prevención, pruebas y tratamiento. Esto incluye las autopruebas, pruebas de índice basadas en derechos, dispensación de varios meses y transición a regímenes de tratamiento de primera línea más efectivos.

La pandemia también ha alimentado la violencia de género, que, junto con las desigualdades de género y el estigma y la discriminación, continúan impidiendo el desarrollo de la respuesta al VIH en la región. A pesar de algunos avances políticos hacia la eliminación de la discriminación basada en el género y el sexo, las relaciones desiguales de género siguen siendo la norma y las minorías sexuales están expuestas a un severo estigma social y discriminación. Un enfoque integrado de los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva y violencia de género ayudaría a llegar a las adolescentes y mujeres jóvenes y a las poblaciones claves olvidadas.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

- Fortalecer la propiedad y gobernanza regional y nacional de las respuestas al VIH.
- Implementar políticas que eliminen las barreras estructurales a los servicios de VIH.
- Derogar las leyes y políticas que penalizan a las personas que viven con VIH y corren riesgo de contraerlo.
- Fortalecer la planificación, el seguimiento y la evaluación de programas estratégicos sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la rendición de cuentas.
- Mejorar la calidad de los datos y reforzar la vigilancia para el seguimiento de la respuesta al VIH y proporcionar evidencia para la toma de decisiones estratégicas.
- Eliminar la transmisión vertical en otros países y garantizar la revalidación de países que ya han sido validados.

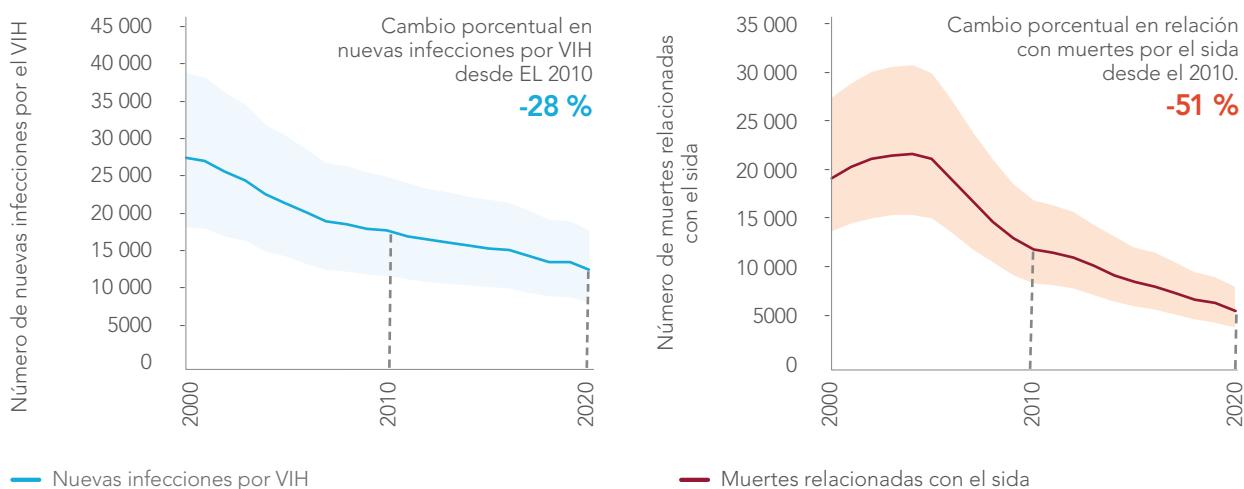


Brandy Rodríguez de la Coalición Transgénero de Trinidad y Tobago. En el Día Internacional de la Visibilidad de las Personas Trans (31 de marzo de 2021), United Caribbean Trans Network lanzó los resultados de un estudio que presenta comentarios de personas transgénero y otros encuestados con diversidad de género de 11 países de la región, obtenidos de encuestas, entrevistas individuales y sesiones de grupos focales. Los encuestados identificaron la incapacidad de cambiar su marcador de género, la discriminación en el empleo y la discriminación en los servicios de salud como los principales desafíos que enfrenta la comunidad. A excepción de Cuba, ningún país caribeño permite que las personas transgénero modifiquen su género en una identificación oficial.

Crédito: Trinidad y Tobago Newsday / Ayanna Kinsale

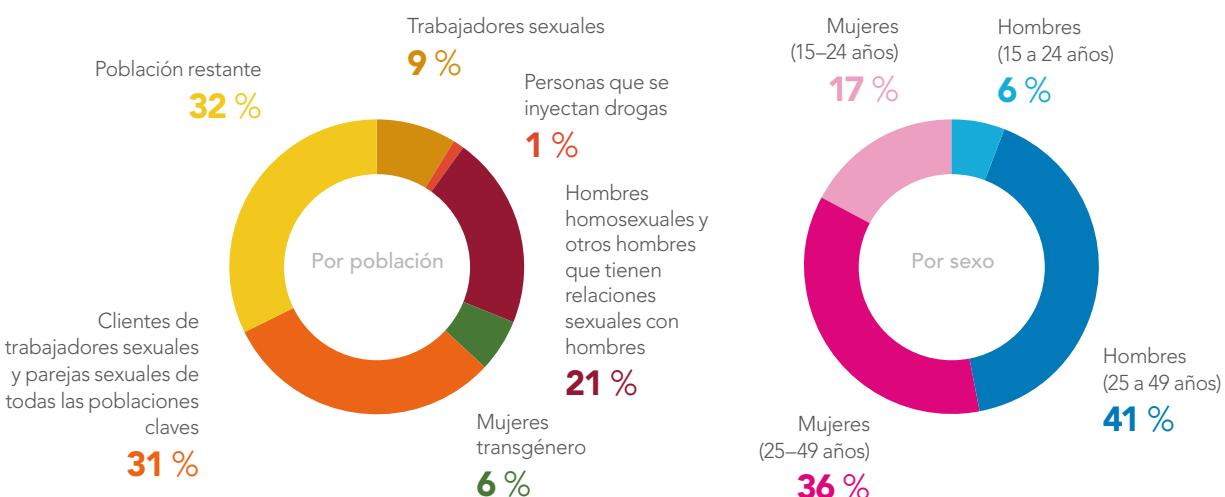
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 17.1 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, CARIBE, 2000–2020



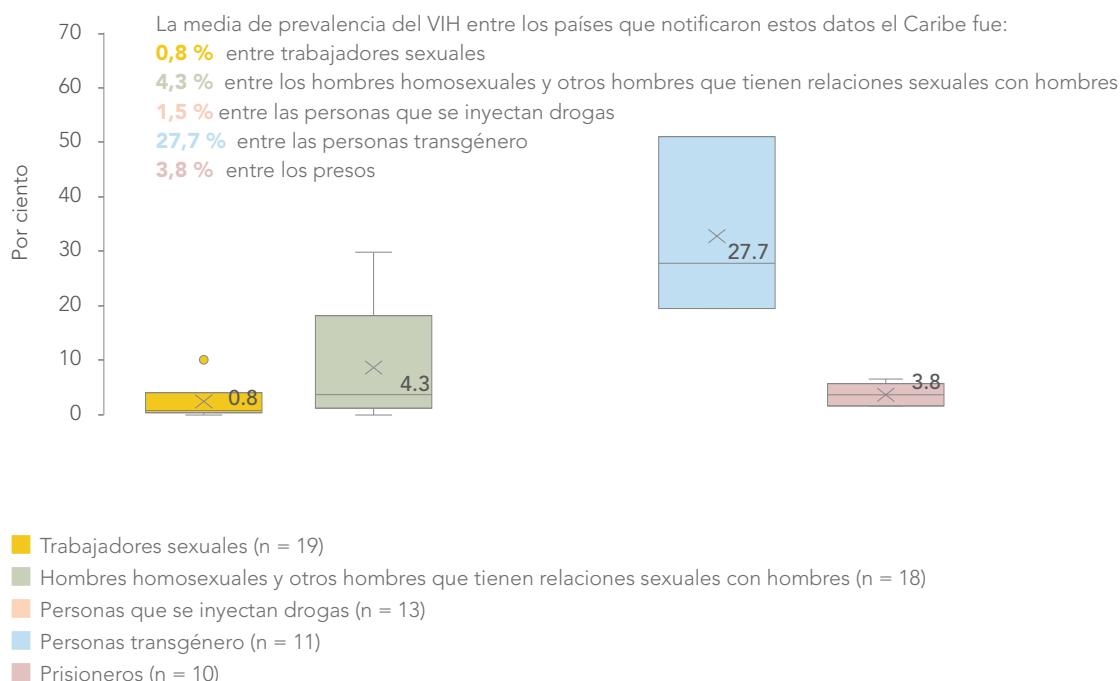
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 17.2 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS), CARIBE, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

**FIGURA 17.3 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN DEL CARIBE, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

Cómo leer esta tabla

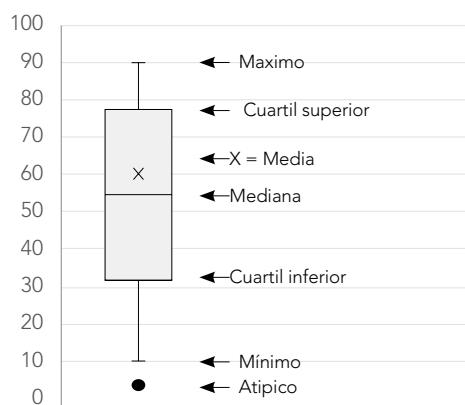


TABLA 17.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, CARIBE, 2018–2020

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49) años
Bahamas	210 000									2300	1,11 %
República Dominicana	5 800 000	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>			<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	29 000	0,50 %
Haití	6 100 000									12 000	0,19 %
Jamaica	1 600 000			<span style="background-color: #0070C0;">42 000</span>	2,65 %		<span style="background-color: #0070C0;">3800</span>	0,24 %			
Santa Lucía	101 000			<span style="background-color: #0070C0;">3000</span>	2,97 %					500	0,51 %
San Vicente y las Granadinas	56 000	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>						
Suriname	300 000	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>	<span style="background-color: yellow;"> </span>						
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			-		1,35 %		-		0,19 %		-

  Estimación del tamaño de la población nacional

  Datos insuficientes

  Estimación del tamaño de la población local

  Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021; World Population Prospects 2019 [Internet]. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>) ( datos personalizados adquiridos a través del sitio web).

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

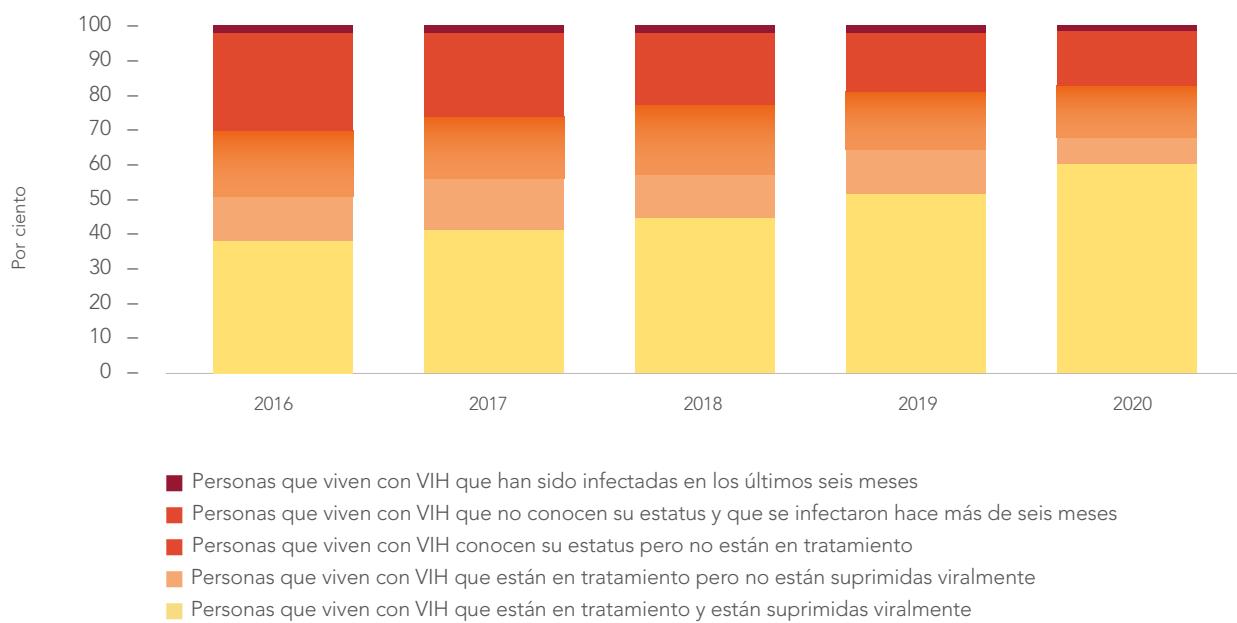
<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Los valores notificados para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población en la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

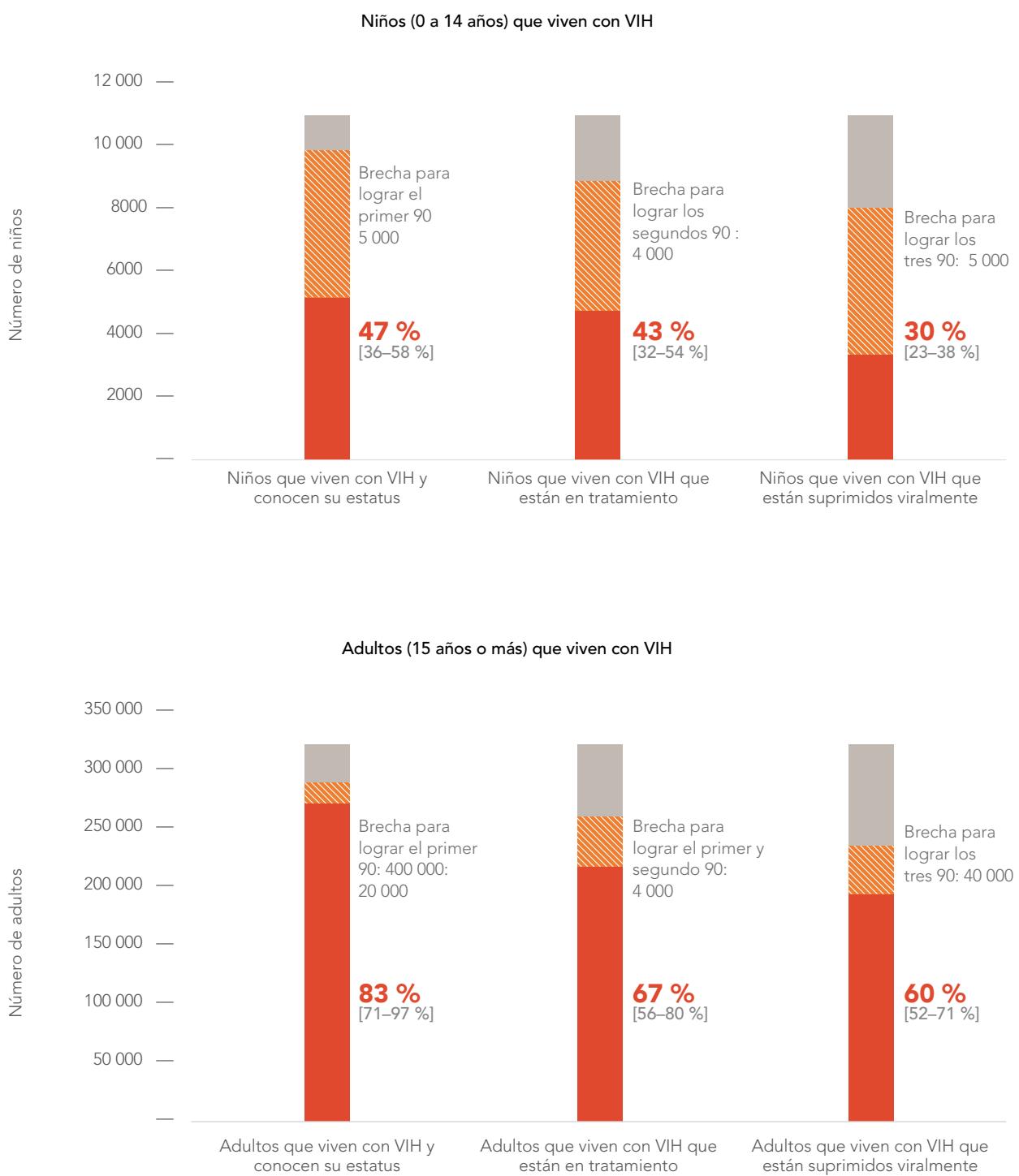
## SERVICIOS DE VIH

FIGURA 17.4 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), CARIBE, 2016–2020



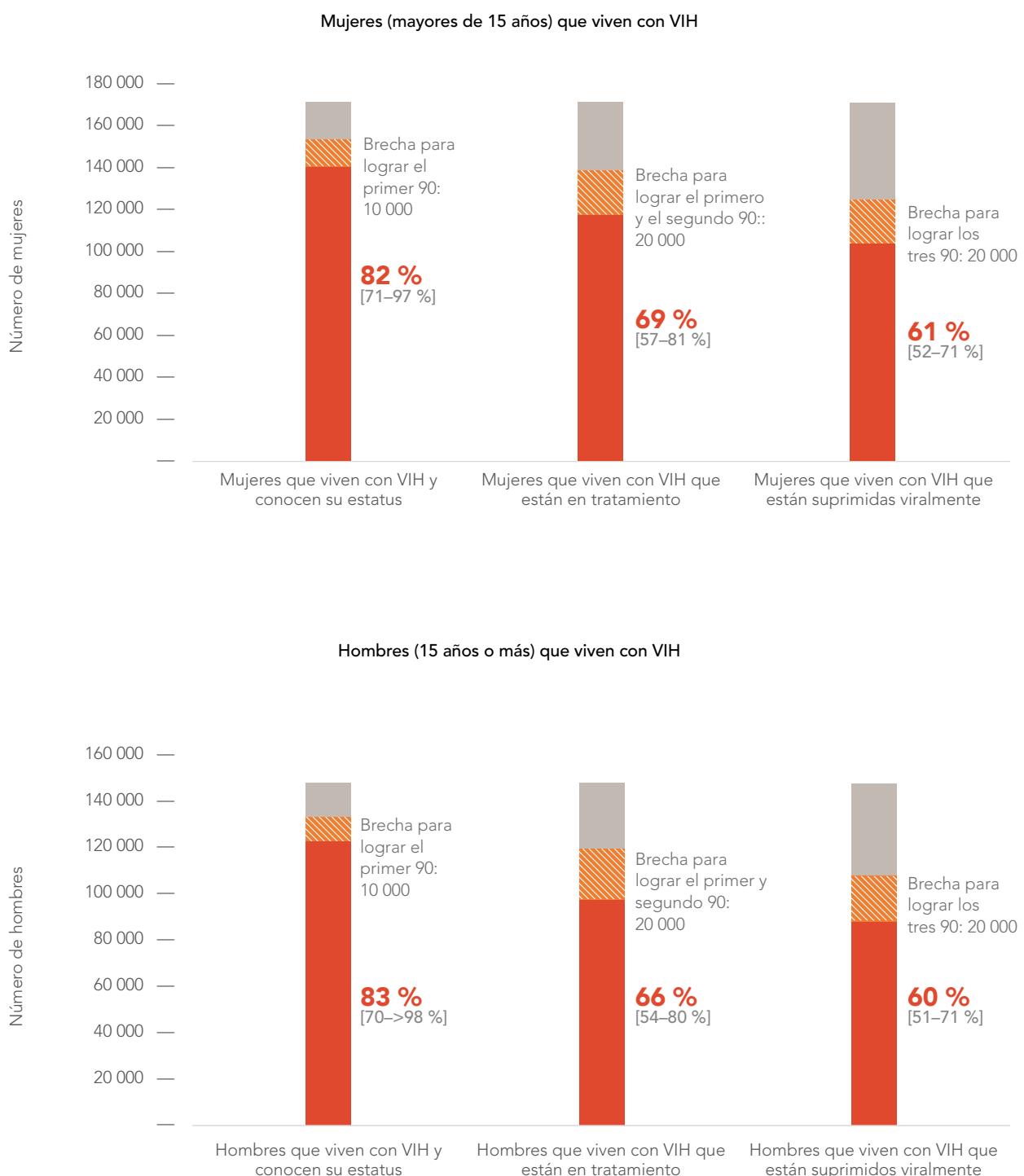
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

FIGURA 17.5 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), CARIBE, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 17.6 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), CARIBE, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 17.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, CARIBE, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo						
Antigua y Barbuda	2	2	7		2	2			2
Bahamas	1	1	1		1	1			1
Barbados	1	1	8		2				1
Belice	4		9		12	15			
Cuba	2	5	9		2	2			2
Dominica	3		9		3	3			3
República Dominicana	1	1	1	1	1	1			1
Granada		6	9						
Guyana	2	1	2	1	12	2			2
Haití	1	1	1	1	1	2			1
Jamaica	2	2	2	2	2	2			2
San Cristóbal y Nieves	1	1	1	1	1	1			1
Santa Lucía	2	1	10	1	1	2			2
San Vicente y las Granadinas		2	9			2			2
Surinam	3		9		13	3			13
Trinidad y Tobago	1	1	17, 18	1	14	1			1

## Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

## Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

## Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

## Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

## Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

## Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

**Fuentes :**

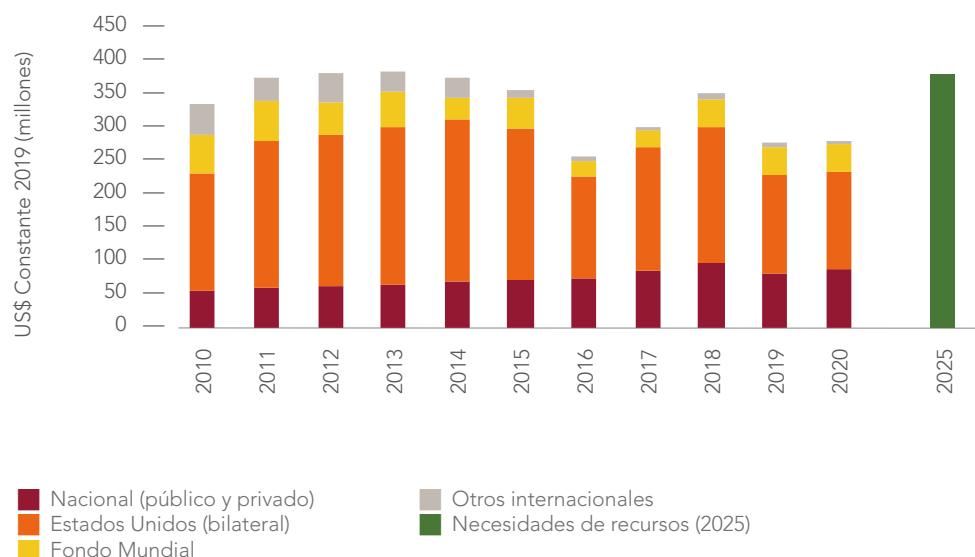
1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2017 (ver <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe mapa legal trans 2019: reconocimiento ante la ley. Ginebra: ILGA World; 2020.
5. Cuba. Código Penal. Artículo 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/su/cu004es.pdf>).
6. Granada. Código Penal. Capítulo 72A (76 de 1958), sección 137 (30) (<https://prostitution.procon.org/sourcefiles/GrenadaCrim-inalCode.pdf>).
7. Antigua y Barbuda. Ley sobre delitos sexuales, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
8. Barbados. Disposiciones de la Ley de Delitos Sexuales (1992). Sección 9 (<https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
9. Mendoros LR. Homofobia patrocinada por el Estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersexuales; diciembre de 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
10. Santa Lucía. Código Penal, 2005. Art 133 (<http://www.govt.lc/media.govt.lc/www/resources/legislation/Criminal%20Code.pdf>).
11. Trinidad y Tobago. Ley de Delitos Sexuales, 27 de 1986. Art 13 ([https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/Alphabetical\\_List/lawspdfs/11.28.pdf](https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/Alphabetical_List/lawspdfs/11.28.pdf)).
12. Base de datos de la Iniciativa de Derechos Sexuales [base de datos]. Iniciativa de Derechos Sexuales; c2016 (<http://sexual-rightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
13. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2018 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
14. Política nacional de pruebas y asesoramiento sobre el VIH. Puerto España: Ministerio de Salud [Trinidad y Tobago]; 2006 ([www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258](http://www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258)).
15. Base de datos mundial sobre la penalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-crim-inalisation-database/>).
16. Todavía no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
17. República de Trinidad y Tobago. Solicitud N° CV2017-00720, de 12 de abril de 2018 ([http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv\\_17\\_00720DD12apr2018.pdf](http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv_17_00720DD12apr2018.pdf)).
18. República de Trinidad y Tobago. Solicitud N° CV2017-00720, de 20 de septiembre de 2018 ([http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv\\_17\\_00720DD20sep2018.pdf](http://webopac.ttlawcourts.org/LibraryJud/Judgments/HC/rampersad/2017/cv_17_00720DD20sep2018.pdf)).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

# INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

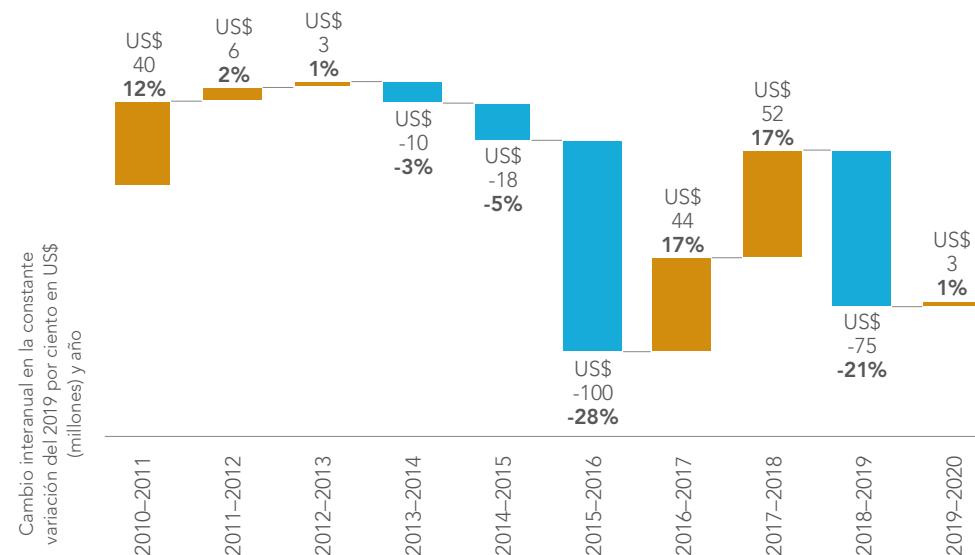
Los recursos disponibles para las respuestas al VIH en el Caribe en el 2020 representaron el 74% de los objetivos de recursos de la región para el 2025. Las inversiones relativamente grandes por persona que vive con VIH, incluyendo una gran proporción del apoyo de los donantes, han coincidido con reducciones constantes de las tasas de infecciones y muertes. La disponibilidad de recursos ha fluctuado en los últimos años, aumentando un 15% entre el 2017 y el 2018, seguido de una disminución del 13% entre el 2018 y el 2019. Luego volvió a aumentar, creciendo un 7% entre el 2019 y el 2020.

**FIGURA 17.7 |  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA EL VIH  
EN EL CARIBE, 2010-  
2020, Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019.

**FIGURA 17.8 |  
CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH, CARIBE, 2010-2011  
A 2019-2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Caso de Estudio

# UTILIZANDO LITIGIOS ESTRATÉGICOS PARA ELIMINAR LAS LEYES DISCRIMINATORIAS EN EL CARIBE

Los grupos liderados por la comunidad se están volviendo cada vez más expertos en utilizar el litigio estratégico para revocar las leyes que sancionan las violaciones de los derechos contra las comunidades de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) y que ponen en riesgo su salud y sus vidas.

Usar los tribunales para deshacerse de las leyes discriminatorias requiere una resolución firme, mucha paciencia y una colaboración de confianza entre las organizaciones que hacen campaña y los profesionales legales. Pero a menudo vale la pena: en los últimos años, los desafíos judiciales han tenido éxito en muchos países de todo el mundo, sentando nuevos precedentes legales vitales. Muchas de estas iniciativas también defienden a las personas contra la discriminación, el acoso y la violencia mediante el aumento de la alfabetización legal, la capacitación y el despliegue de asistentes legales en la calle y la creación de clínicas para conocer sus derechos.

El uso de litigios sigue las apelaciones a funcionarios públicos electos para llevar a cabo reformas parlamentarias, esfuerzos que han sido en gran medida infructuosos para cambiar las leyes que dañan a las comunidades LGBTI en el Caribe.

En Guyana, por ejemplo, se necesitó un maratón de batallas judiciales antes de que la última corte de apelaciones del Caribe dictaminara que una ley discriminatoria y punitiva que se remonta a la época colonial era inconstitucional (1).

La campaña de Guyana surgió de la detención y condena en el 2009 de siete personas transgénero

en Georgetown por travestismo. Con el apoyo del Proyecto de Defensa de los Derechos de la Universidad de las Indias Occidentales (U-RAP), cuatro de las mujeres trans impugnaron la constitucionalidad de la “ley de vagancia” del siglo 19 bajo la cual habían sido procesadas (2, 3).<sup>1</sup>

Guyana Trans United, una organización trans formada por uno de los litigantes, Gulliver McEwan, apoyó el litigio, al igual que Society Against Sexual Orientation Discrimination, una organización no gubernamental fundada en el 2003 con el objetivo de poner fin a la discriminación en Guyana por motivos de sexualidad y género.<sup>2</sup> ONUSIDA y un grupo de organizaciones no gubernamentales ayudaron a dar a conocer el caso y promover el diálogo público sobre la necesidad de reformas legales y una mayor justicia social.

En la apelación, el Tribunal Superior de Guyana en septiembre de 2013 determinó que se había violado el derecho a la libertad de las apelantes, pero, sin embargo, sostuvo que la ley utilizada en su contra no era inconstitucional, vaga o discriminatoria. Otro revés se produjo cuatro años después, cuando el Tribunal de Apelación de Guyana fue más allá y dictaminó que no se había violado el derecho a la libertad de las apelantes (4).

Esto dejó un solo recurso final: una apelación ante la Corte de Justicia del Caribe, que agregó más años de campaña y trabajo legal. A fines de 2018, la justicia prevaleció cuando la Corte dictaminó que la ley violaba la Constitución de Guyana y, por lo tanto, era nula (5).

<sup>1</sup> La fiscalía utilizó la Ley de Jurisdicción Sumaria (delitos) de 1893, específicamente la sección 153 (1) (xlvii), que trata de los “delitos contra la religión, la moral y la conveniencia pública”.

<sup>2</sup> Para más información sobre Guyana Trans United, visite: <https://www.facebook.com/Guyana-Trans-United-GTU-148525782006659/>. Para más información sobre la Sociedad contra la Discriminación por Orientación Sexual, visite: <http://www.sasod.org.gy>.

“Nadie debería pisotear su dignidad o negar los derechos humanos, simplemente por una diferencia”, declaró el Presidente de la Corte de Justicia del Caribe, Adrian Saunders.

Las batallas judiciales fueron una prueba de las protecciones que la Constitución de Guyana ofrece a las personas transgénero y no conformes con el género y a otras poblaciones marginadas.

“Era muy importante que nos escucharan y nos hicieran justicia”, dijo la Sra. McEwan.

La protección contra las violaciones de los derechos es crucial en un país donde la prevalencia del VIH entre las mujeres transgénero es de más del 8% (en comparación con el 1.7% en la población adulta en general). La combinación de leyes discriminatorias y el estigma y la discriminación hace que ellos y otras poblaciones claves corran un mayor riesgo de infección por VIH.

La táctica también dio sus frutos en Belice, que en el 2016 se convirtió en el segundo país independiente caribeño de la Commonwealth que despenalizara las relaciones sexuales consensuales entre hombres. Esa

decisión siguió a un litigio exitoso, también apoyado por U-RAP, desafiando una ley que había hecho que el sexo entre hombres se castigara con hasta 10 años de prisión.

Dos años más tarde, el Tribunal Superior de Trinidad y Tobago determinó que las relaciones sexuales entre adultos con consentimiento no deberían ser criminalizadas. Poco después, este fallo fue citado en una decisión histórica del 2018 de la Corte Suprema de India que despenalizó el sexo homosexual.

Caleb Orozco, del United Belize Advocacy Movement, cree que estas victorias están teniendo un impacto: “Obliga a las instituciones a pensar en sus prácticas administrativas y la discriminación que justificaron basándose en esa ley” (5).

En el futuro, se puede hacer más para establecer protecciones positivas, como la legislación sobre delitos de odio, hacer que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley rindan cuentas cuando abusan de sus poderes y trabajar para cambiar las actitudes sociales. En Belice, por ejemplo, se ha iniciado un diálogo nacional sobre un proyecto de ley de igualdad de oportunidades (6).



Miembros del U-RAP que apoyan a las mujeres transgénero y sus derechos en la Corte de Justicia del Caribe de Guyana.  
Crédito: Mickel Guaranfranco Alexander

## Referencias

1. El CCJ declara inconstitucional la ley de travestismo de Guyana. En: The Caribbean Court of Justice [Internet]. 13 de noviembre de 2018. Corte de Justicia del Caribe; c2021 (<https://ccj.org/ccj-declares-guyanas-cross-dressing-law-unconstitutional/>).
2. Elks S. Guyana deroga la ley contra el travestismo "inapropiado". En: Reuters [Internet]. 14 de noviembre 2018. Reuters; c2021 (<https://www.reuters.com/article/us-guyana-lgbt-crossdressing-idUSKCN1NJ2R6>).
3. Sharples C. Las actividades transgénero de Guyana luchan contra la ley arcaica. En: BBC News [Internet]. 26 de marzo de 2017. BBC; c2021 (<https://www.bbc.com/news/world-latin-america-39292599>).
4. 10 preguntas sobre la audiencia de la Corte de Justicia del Caribe sobre la ley de travestismo de Guyana respondidas: Resumen FAQ. Georgetown: U-RAP; 2018.
5. Cómo se cuestionan en los tribunales las leyes discriminatorias del Caribe. En: UNAIDS.org [Internet]. 1 de marzo de 2019. Ginebra: ONUSIDA; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/march/20190301\\_caribbean-laws](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/march/20190301_caribbean-laws)).
6. Las organizaciones comunitarias del Caribe piden una acción decisiva para poner fin al abuso homófobo y al ciberacoso. En: unaids.org [Internet]. 29 de mayo de 2020. Ginebra: ONUSIDA; c2021 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200529\\_caribbean\\_homophobia\\_bullying](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200529_caribbean_homophobia_bullying)).

# MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE



**E**l Medio Oriente y África del Norte tienen un largo camino por recorrer para abordar plenamente su epidemia del sida. Las nuevas infecciones por VIH aumentaron en un 7% entre el 2010 y el 2020, lo que la convierte en una de las dos únicas regiones del mundo donde las infecciones nuevas por VIH siguen aumentando. El 95% de las nuevas infecciones en adultos en el 2020 se produjeron entre poblaciones claves y sus parejas sexuales. Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 17% desde el 2010, pero esa caída es mucho más rápida entre las mujeres (24%) que entre los hombres (12%).

En los últimos años se han producido avances importantes en la respuesta al VIH de la región, incluyendo el surgimiento de redes lideradas por la comunidad que representan a las personas que viven con VIH y las poblaciones claves, y reformas legales en varios países. Diversos países, entre ellos Argelia y Marruecos, han logrado avances notables en la ampliación del acceso a los servicios relacionados con el VIH, mientras que otros, incluyendo Somalia y Sudán, se han enfrentado a desafíos importantes.

En su conjunto, la región está rezagada en el logro de los Objetivos del 2020: solo el 61% de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico en el 2020, el 43% de las personas que viven con VIH estaban en tratamiento y el 37% de las personas que vivían con VIH estaban suprimidas viralmente. La cobertura de servicios para prevenir la transmisión vertical también está fuera de lograr su objetivo, y solo el 47% de los niños (0 a 14 años) con VIH estaban en tratamiento en el 2020. Medio Oriente y África del Norte también están muy atrasados en la integración total de la consejería y las pruebas del VIH junto con los servicios de salud sexual y reproductiva.

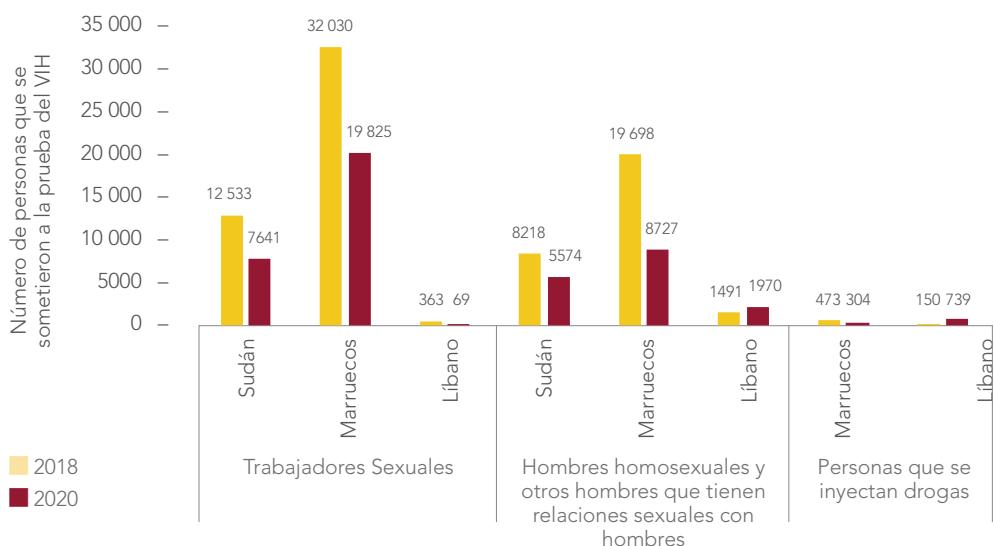
Las brechas actuales en los servicios de VIH en el Medio Oriente y África del Norte reflejan desafíos de larga data, incluyendo las normas socioculturales restrictivas que se reflejan en leyes y políticas prohibitivas, y el estigma y la discriminación generalizados. El modesto liderazgo político sobre el VIH se refleja en la baja inversión financiera en la respuesta al sida. Las crisis humanitarias generalizadas, incluyendo los conflictos prolongados y otras formas de inestabilidad política, no ayudan a la causa, y hacen del Medio Oriente y África del Norte el hogar de las mayores poblaciones de migrantes, refugiados y desplazados internos del mundo.

El progreso hacia los objetivos para el 2030 dependerá de la apertura de espacios para la sociedad civil y las organizaciones comunitarias, y de vincular la respuesta al VIH con los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud, ampliar los sistemas de protección social y mejorar el acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Nada de esto será posible sin un compromiso más fuerte por parte de los gobiernos, incluyendo un mayor financiamiento nacional y contratación social, y sin un reconocimiento más amplio de las conexiones entre el VIH y los demás Objetivos de Desarrollo Sostenible con los que los países están comprometidos.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

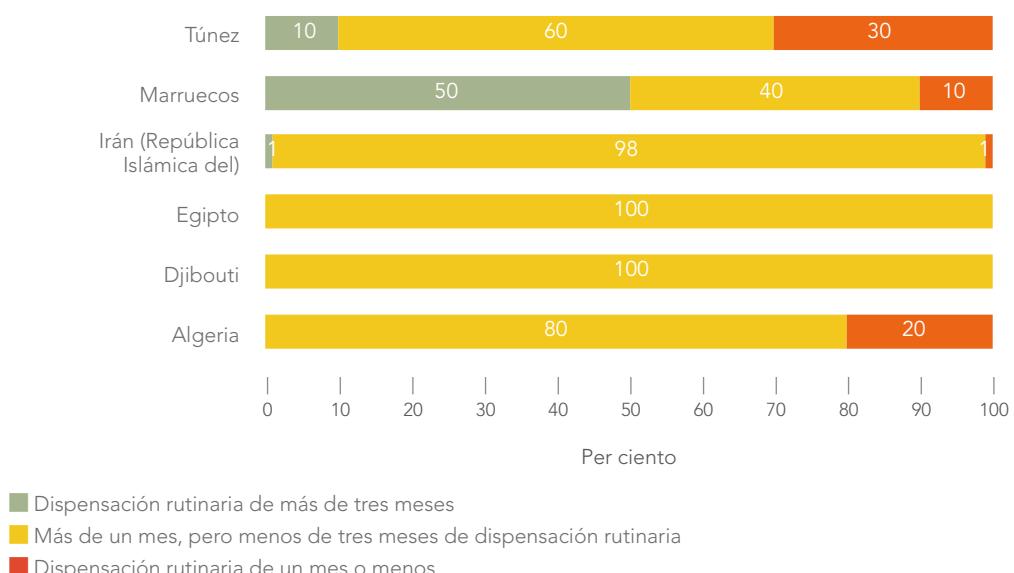
- Ampliar el acceso de alta calidad a la combinación de prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH, con énfasis en poblaciones claves y otros grupos prioritarios.
- Recopilar y emplear datos oportunos, precisos y desagregados para lograr resultados transformadores.
- Fortalecer, empoderar y dar recursos a las comunidades, incluyendo las personas que viven con VIH y las poblaciones claves, para dirigir la respuesta al VIH.
- Asegurar la respuesta en derechos humanos e igualdad de género.
- Asegurar la preparación para la prestación de servicios integrales contra el VIH durante emergencias humanitarias y pandemias.

**FIGURA 18.1 | NÚMERO DE PERSONAS SOMETIDAS A LA PRUEBA DEL VIH, POR GRUPO DE POBLACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2018 Y 2020**



Fuente: Notificación de casos de VIH en la región del Mediterráneo oriental (EMR), 2019. Teherán: Centro de Investigación de Vigilancia del VIH/ITS y Centro Colaborador DE la OMS para la Vigilancia del VIH. Datos de 2020 proporcionados por la oficina de EMR de la OMS.

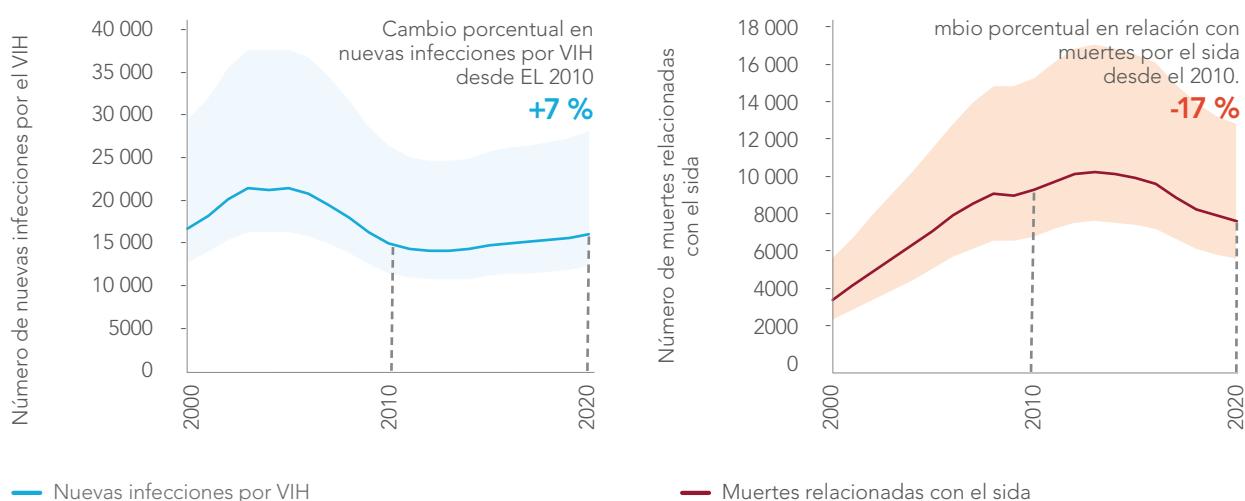
**FIGURA 18.2 | PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON DISPENSACIÓN DE VARIOS MESES, SEIS PAÍSES DE MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2020**



Fuente: Análisis de políticas especiales de ONUSIDA, 2021.

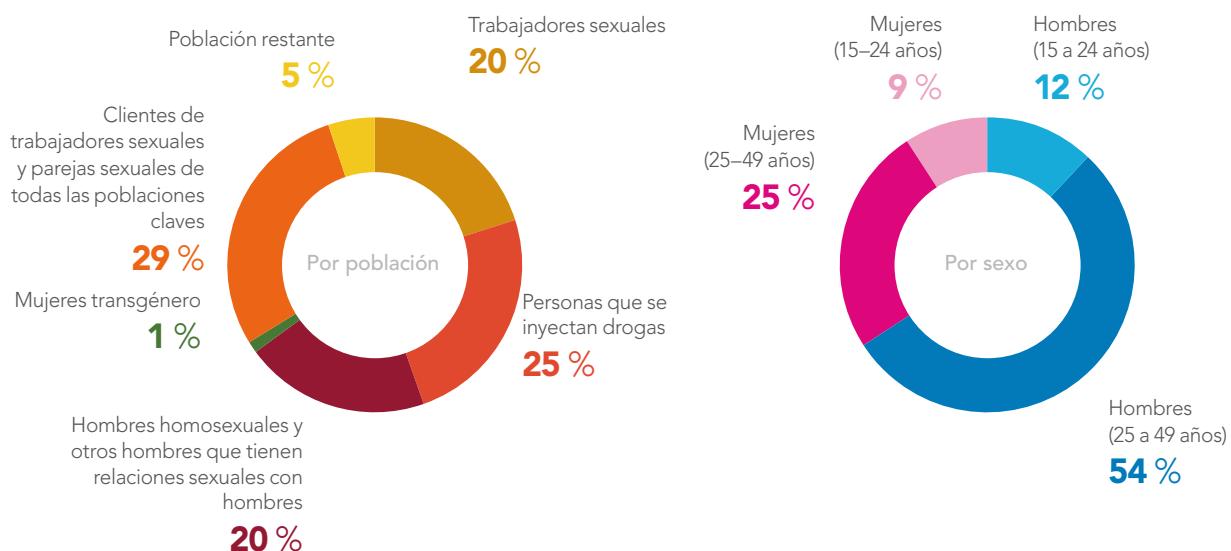
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 18.3 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES  
RELACIONADAS CON EL SIDA, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2000–2020



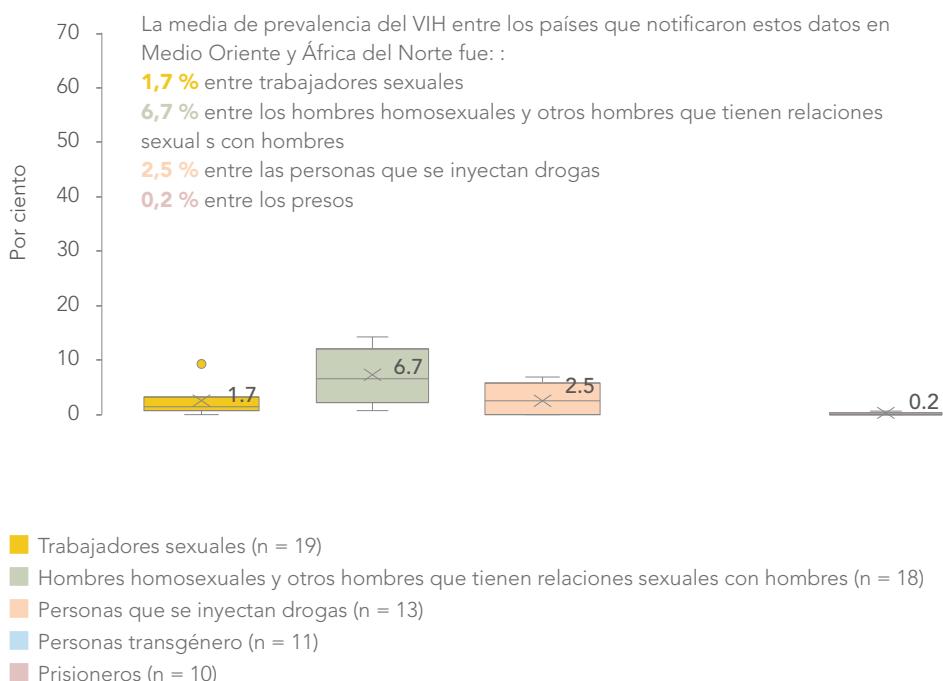
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 18.4 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO  
(15 A 49 AÑOS), MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

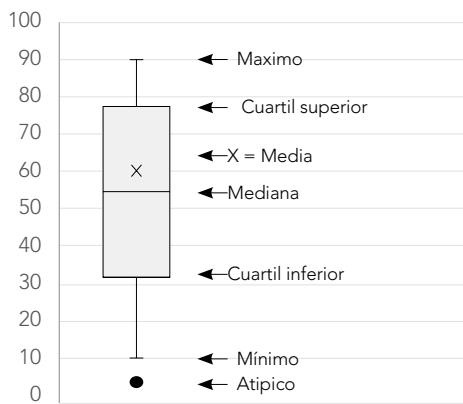
**FIGURA 18.5 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

Cómo leer esta tabla



**TABLA 18.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2018-2020**

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Irán (República Islámica del <sup>1</sup> )	46 200 000	138 000	0,30 %			90 000	0,20 %		148 000	0,32 %
Kuwait	700 000								5100	0,74 %
Líbano	3 300 000			17 000	0,50 %					
Marruecos	19 000 000								85 000	0,45 %
Omán	1 400 000									
Túnez	6 100 000								22 000	0,36 %
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,59 %		0,51 %		0,03 %	-		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional

■ Datos insuficientes

■ Estimación del tamaño de la población local

■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

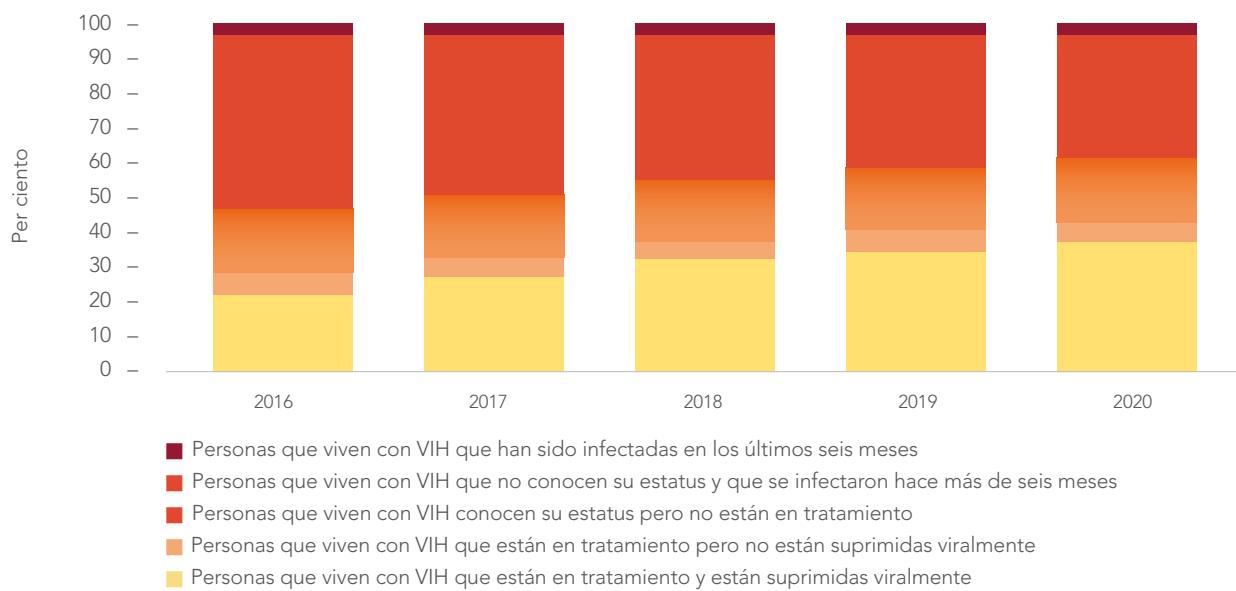
<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Los valores notificados para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población en la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

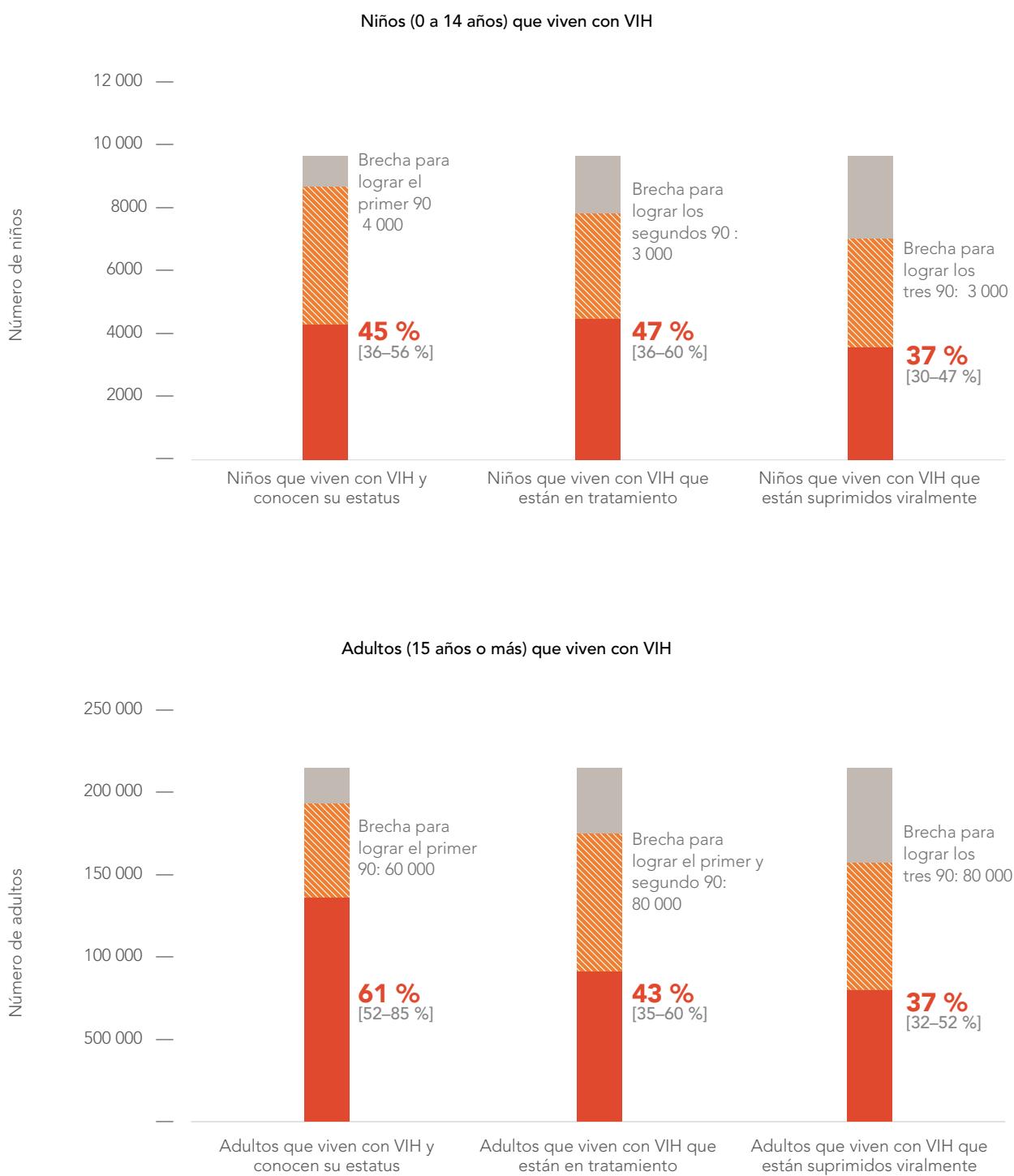
## SERVICIOS DE VIH

FIGURA 18.6 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2016–2020



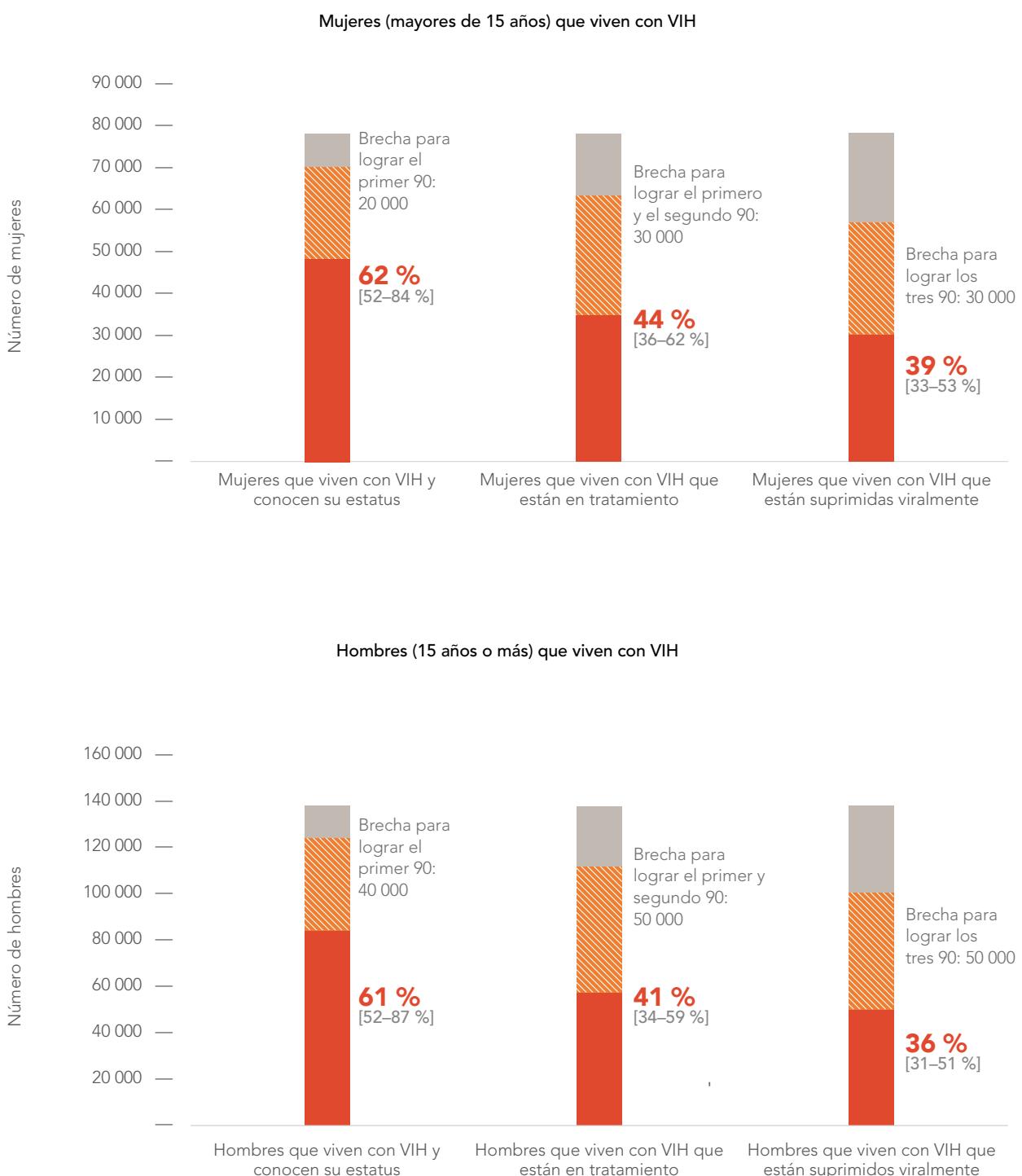
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

FIGURA 18.7 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, NIÑOS (0 A 14 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON ADULTOS (15 AÑOS Y MÁS), MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

FIGURE 18.8 | NÚMERO DE PERSONAS SOMETIDAS A LA PRUEBA DEL VIH, POR GRUPO DE POBLACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2018 Y 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 18.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo						
Argelia	3	4	10			11	3		11
Bahréin		5	10				13		17
Yibuti		6	10			12	14		
Egipto	2	2	2			2	2		1
Irán (República Islámica del)	1	1	1	1	1	1			1
Irak		7	10				14		
Jordania		1	1	1	1				18
Kuwait	3	8	10			11	3		11
Líbano		19	10	20					
Libia	1	1	1	1	1	1			1
Marruecos	1	1	21	1	1	1			1
Omán	2	1	1	1	2	2			2
Qatar		2	10				15		2
Aabia Saudí	2	2	10		2	3			2
Somalia		1	1	1	1	14			
Soudán		9	10		3	3			3
República Árabe Siria	3	3	10		3	2			3
Túnez	2	2	2		2	2			2
Emiratos Árabes Unidos	3		10			3			3
Yemen			10						

#### Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

#### Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

#### Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

#### Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

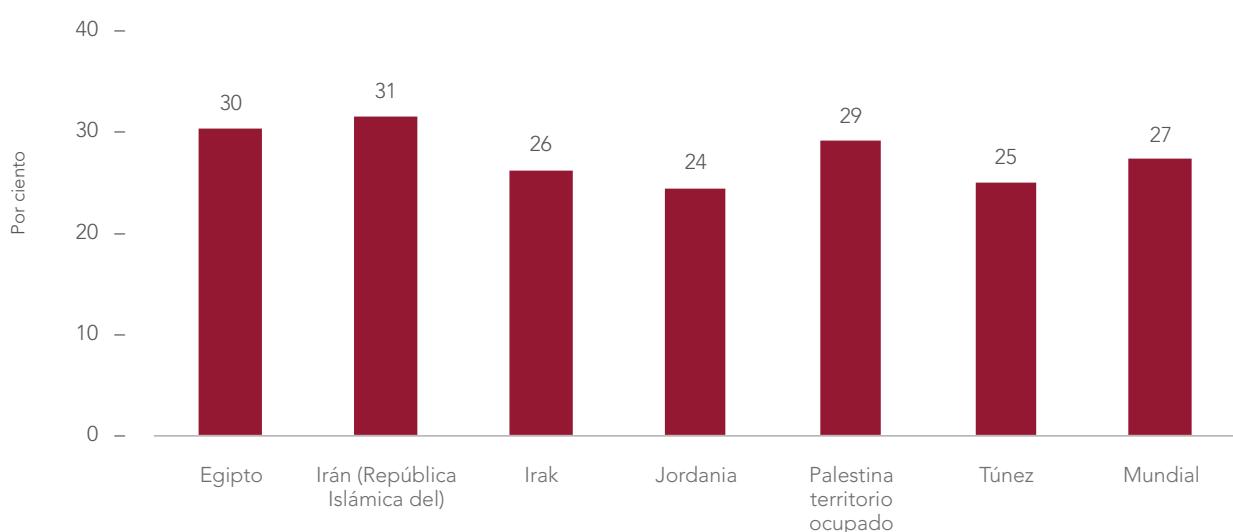
## Fuentes :

1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2017 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Algeria. Código Penal. Artículo 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).
5. Bahréin. Código Penal de Bahréin, 1976. Artículo 326 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/bhr/1976\\_bahrain\\_penal\\_code\\_html/Bahrain\\_Penal\\_Code\\_1976.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/bhr/1976_bahrain_penal_code_html/Bahrain_Penal_Code_1976.pdf)).
6. Djibouti. Código Penal de Djibouti, 1995 (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-ofdjibouti-1995/view>).
7. Irak. Ley de Lucha contra la Prostitución N° 8 de 1988. Artículo 2 (<http://gjpi.org/2010/02/20/combating-prostitution-law-no-8-of-1988/>).
8. Panorama general de las leyes sobre la trata y la prostitución en Medio Oriente y África. Londres: Thomson Reuters Foundation; 2012 (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).
9. Sudán. El Código Penal, 1991 ([https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329\\_1202725629\\_sb106\\_sud-criminalact1991.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329_1202725629_sb106_sud-criminalact1991.pdf)).
10. Mendoros LR. Homofobia patrocinada por el Estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersexuales; diciembre de 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
11. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2018 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
12. República de Djibouti. Décret N° 2008-0182/PR/MS portant Institution des Normes et Directives en Matière de Conseil Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en République de Djibouti. Article 19 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126992.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf)).
13. Bahréin. 2017 Ley sobre la protección de la sociedad contra el VIH.
14. Base de datos mundial sobre la penalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
15. Bernard EJ, Cameron S. Avanzando la justicia contra el VIH 2. Impulso en la promoción mundial contra la criminalización del VIH. Brighton y Ámsterdam HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIVcriminalisation>).
16. Todavía no es bienvenido: Restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
18. UNGASS Informe de progreso de país: Reino de Bahréin. Período de informe: Enero de 2012 a diciembre de 2013. Reino de Bahréin, 2014 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BHR\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BHR_narrative_report_2014.pdf)).
19. Jordania. Ley de Residencia, No. 24 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b4ed4c.html>); La Constitución de Jordania (<https://www.refworld.org/pdfid/3ae6b53310.pdf>); Política de Servicio Civil, No 82 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4/detail?p\\_lang=en&p\\_isn=95849&p\\_country=JOR&p\\_count=1](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4/detail?p_lang=en&p_isn=95849&p_country=JOR&p_count=1)); Ley de Trabajo, No 8 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEB-TEXT/45676/65048/E96JOR01.htm>).
20. Líbano. Código Penal. Artículo 523 ([https://sherloc.unodc.org/cld/legislation/lbn/lebanon\\_penal\\_code/\\_/article\\_523-524/article\\_523-524.html?lng=en](https://sherloc.unodc.org/cld/legislation/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en)).
21. Líbano. Ley Libanesa sobre Violaciones de Drogas (<https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf>).
22. Marruecos. Código Penal (1963). Artículo 489 (<https://wipolex.wipo.int/en/text/568119>).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

## HABILITADORES SOCIALES

**FIGURA 18.9 | MUJERES CASADAS O EN PAREJA (15 A 49 AÑOS) QUE EXPERIMENTARON VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL POR PARTE DE UNA PAREJA ÍNTIMA EN SU VIDA, PAÍSES CON DATOS DISPONIBLES, MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE, 2018**



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

La pandemia de COVID-19 y los cierres prolongados han interrumpido los servicios de VIH en Medio Oriente y el África del Norte, especialmente en entornos afectados por emergencias humanitarias y en particular para poblaciones claves (Figura 18.1). Dicho esto, COVID-19 también ha impulsado innovaciones en la prestación de servicios. La dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses en el Medio Oriente y África del Norte, que alguna vez fue una rareza, ha aumentado significativamente en varios países de la región, gracias en gran parte a los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil, que han ayudado a llenar las brechas en los sectores públicos y privados para la provisión de atención médica causada por la pandemia de COVID-19 (Figura 18.2).

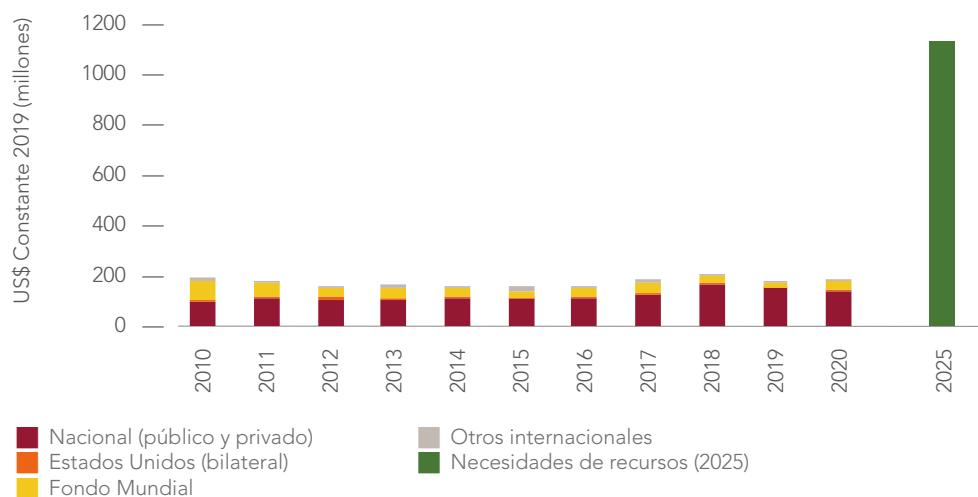
COVID-19 también ha puesto el foco sobre las desigualdades de género en la región. La violencia de género, que ya es un problema creciente en toda la región, se ha visto agravada por los cierres y otros factores relacionados con la pandemia (1). La pandemia ha aumentado la carga de cuidados no remunerados para las mujeres y niñas, ha socavado aún más sus perspectivas de empleo (que ya eran modestas en muchos países), ha puesto en riesgo sus logros educativos y ha aumentado la prevalencia de prácticas nocivas como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina. Todos estos riesgos están entrelazados y son parte de la compleja red de vulnerabilidades al VIH que experimentan las mujeres y niñas.

# INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

La disponibilidad de recursos tanto de fuentes nacionales como externas en el Medio Oriente y África del Norte ha fluctuado durante la última década. Una característica constante ha sido la gran brecha entre lo que está disponible y lo que se necesita: los recursos disponibles en el 2020 fueron menos del 20% de lo que se requiere para ampliar los programas de VIH y lograr los objetivos para el 2025.

La pandemia de COVID-19 y la recesión económica que la acompaña están dificultando aún más el difícil entorno de financiamiento. El aumento de las inversiones nacionales en respuestas al VIH requerirán la formulación de planes estratégicos nacionales y casos de inversión bien priorizados y con costos completos. También necesitará posicionar el VIH dentro de los esfuerzos más amplios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluyendo la integración del VIH en los esquemas de protección social y la cobertura universal de salud. Una respuesta regional al VIH que tenga como centro la acción comunitaria también se beneficiará de la creación de asociaciones con nuevos donantes regionales, el sector privado y fundaciones filantrópicas, así como modelos de financiamiento innovadores, como la contratación social.

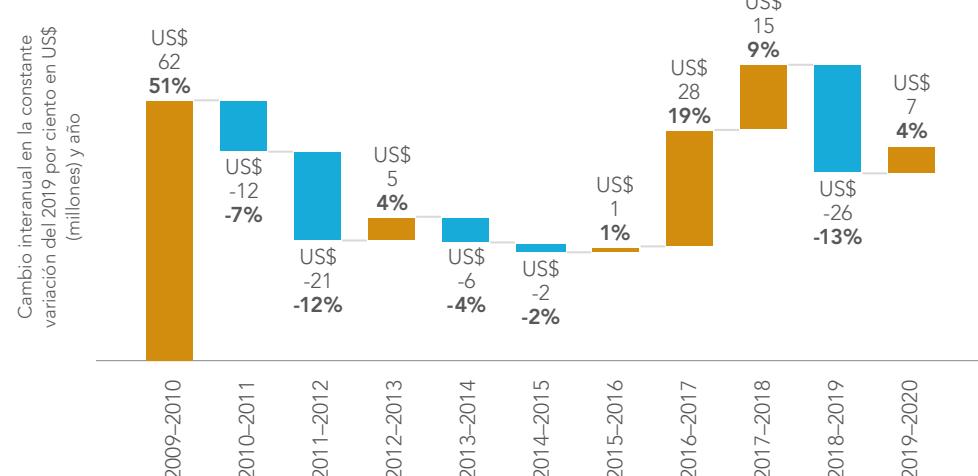
FIGURA 18.10 |  
**DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA EL  
VIH, MEDIO ORIENTE  
Y ÁFRICA DEL  
NORTE, 2010-2020, Y  
ESTIMACIÓN DE LAS  
NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Fuente: Estimaciones y proyecciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Nota: Las estimaciones de recursos se presentan en dólares americanos constantes de 2019.

FIGURE 18.11 |  
**CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH, MEDIO ORIENTE  
Y ÁFRICA DEL NORTE,  
2009-2010 A  
2019-2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Caso de Estudio

# LLEVAR A LAS PERSONAS DE NUEVO A LA ATENCIÓN CONTRA EL VIH DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN SUDÁN

La epidemia del VIH es uno de los muchos desafíos a los que se enfrenta Sudán, que acaba de salir de una larga guerra civil. La infraestructura de salud sufrió graves daños durante el conflicto y el país está luchando por cumplir con sus compromisos contra el VIH y alcanzar sus objetivos relacionados con el VIH.

Según los datos nacionales informados a ONUSIDA, solo el 37% de las 49 000 personas que se estima que viven con VIH en Sudán conocían su estado serológico en el 2020, y los vínculos con el tratamiento y la atención han sido inconsistentes. Aproximadamente el 67% de las personas diagnosticadas con VIH estaban recibiendo terapia antirretroviral en el 2020, pero solo dos tercios de las personas que se inscribieron en el tratamiento en el 2019 recibieron atención un año después.

La pandemia de COVID-19 trajo dificultades adicionales, pero también proporcionó el impulso para introducir algunos cambios muy necesarios, incluyendo la adopción de métodos diferenciados de prestación de servicios. Por ejemplo, dispensación de recetas antirretrovirales para varios meses se introdujo en el 2020 para limitar las interrupciones del tratamiento.

El gobierno de Sudán, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA, también lanzó la campaña de Búsqueda y Rescate en el 2020. Esta campaña une la verificación de datos, el rastreo proactivo y los esfuerzos personalizados para detectar personas que habían interrumpido su tratamiento y devolverlos a un cuidado constante.

Tiene su sede en Jartum Omdurman Teaching Hospital, el centro de atención contra el VIH más grande del país, que atiende a más de 3200 personas que viven con VIH, aproximadamente un tercio de las que reciben terapia antirretroviral en Sudán. Comenzó la implementación de la campaña en diciembre del 2020 y duró hasta marzo de 2021, y está prevista la expansión a otros centros.

La primera fase de la campaña involucró a enfermeras y empleados de datos que revisaron y actualizaron los datos del tratamiento. Las personas que tenían al menos ocho semanas de atraso en su cita clínica o para el retiro de sus medicamentos antirretrovirales fueron clasificados como perdidos para poder continuar el seguimiento. El siguiente paso fue rastrear y contactar a estas personas, determinar si realmente habían interrumpido el tratamiento y por qué, y luego volver a involucrarlas en los servicios.

Se formaron cuatro equipos, cada uno con un consejero y un promotor de la adherencia de la comunidad local de personas que viven con VIH. Comenzaron rastreando, a través de llamadas telefónicas, a las personas que habían salido de la atención en el 2020. Luego retrocedieron a través de las listas de los años anteriores, avanzando hasta el 2000.

Las personas que viven con VIH participaron durante toda la campaña, desde la planificación hasta la implementación. Saif (nombre ficticio) participó en ambas fases. Un graduado en tecnología de la información que nació con VIH en el Omdurman Teaching Hospital, sabía por experiencia lo importante que es continuar recibiendo tratamiento contra el VIH.

“Durante mi último año de universidad, estaba



El equipo de búsqueda y rescate trabaja en el Hospital Docente de Omdurman en Jartum, Sudán.

Crédito: OMS

abrumado con las clases y muy estresado y dejé de tomar los medicamentos", recuerda Saif. "Mi salud se deterioró mucho y estaba a punto de morir. Me ingresaron en el hospital y tuvieron que cambiarme a [tratamiento] la segunda línea. No quiero que esto le pase a nadie de mi comunidad".

La primera fase de la campaña identificó a 2143 personas que fueron clasificadas como perdidas para poder continuar con el seguimiento. Esto representa el 47% de las 4561 personas que alguna vez habían comenzado un tratamiento en el Hospital Universitario Omdurman. Aproximadamente un tercio de estos pacientes no pudieron ser contactados debido a información de contacto incorrecta, desactualizada o faltante. El equipo de la campaña rastreó a 1411 (66%) personas en tres meses. Se descubrió que la mayoría de ellos (891 personas) eran muertes no registradas, mientras que otros 332 pacientes se habían transferido a otra clínica o todavía estaban en tratamiento en el Hospital Universitario Omdurman, pero no estaban vinculados a sus registros de pacientes anteriores.

De hecho, otros 190 (9%) pacientes se habían perdido durante el seguimiento. Estas personas citaron varias razones para detener su tratamiento, incluyendo efectos secundarios, problemas financieros, cierres a causa de COVID-19 y, más comúnmente, mejoras en la salud; esta última es una señal de que la educación y el asesoramiento del paciente también deben mejorar.

En menos de cuatro meses, la campaña de Búsqueda y Rescate logró devolver al tratamiento 177 (94%) de los pacientes que se perdieron durante el seguimiento. Se espera que más vuelvan a recibir atención a través del sistema de seguimiento establecido por la campaña.

Las mujeres eran ligeramente más propensas que los hombres a volver a involucrarse en la atención. La campaña también actualizó los registros de tratamiento que se remontan desde hace 20 años.

El equipo de Búsqueda y Rescate identificó problemas que, si se resuelven, pueden mejorar la eficacia del tratamiento contra el VIH en Sudán. Por ejemplo, existe la oportunidad de mejorar el mantenimiento de registros y establecer un sistema de seguimiento y confirmación de citas que pueda identificar y asesorar rápidamente a las personas que abandonan la atención. La mejora de la alfabetización del tratamiento y el asesoramiento sobre la adherencia, y la provisión de folletos de apoyo y otros materiales, son otras prioridades.

La experiencia y la solidaridad de las personas que viven bien con VIH también se pueden utilizar de forma más eficaz para lograr mejoras, como reclutarlas como promotores de la adherencia al tratamiento. El desarrollo continuo de métodos diferenciados de prestación de servicios también fortalecería la retención en la atención.

## Referencias

1. Violencia contra mujeres y niñas y COVID-19 en la región árabe. Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia Occidental, ONU Mujeres; 2020 ([https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20arab%20states/attachments/publications/2020/12/covid\\_and\\_vawg\\_un\\_brief\\_final.pdf?la=en&vs=5344](https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20arab%20states/attachments/publications/2020/12/covid_and_vawg_un_brief_final.pdf?la=en&vs=5344)).



# EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL



Europa oriental y Asia central no logran controlar su epidemia de VIH, con nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida que continúan en aumento. Se estima que el número anual de nuevas infecciones por VIH aumentó en un 43% entre el 2010 y 2020, lo que la convierte en la epidemia de VIH de más rápido crecimiento en el mundo. Las poblaciones claves y sus parejas sexuales representan prácticamente todas las nuevas infecciones en la región, con un estimado del 43% de las nuevas infecciones por VIH en adultos que ocurren entre personas que se inyectan drogas. Todavía se aplican las leyes penales de forma amplia, incluyendo la transmisión involuntaria del VIH, la no divulgación del estado serológico del VIH o la exposición al VIH cuando el VIH en realidad no se transmitió..

Las muertes relacionadas con el sida aumentaron en un 32% entre el 2010 y el 2020 en el contexto de programas de prueba y tratamiento deficientes en la mayoría de los países de la región. En general, 70% de las personas que viven con VIH conocían su estado serológico, 53% recibían terapia antirretroviral y 50% estaban suprimidos viralmente. Diagnosticar a las personas que viven con VIH y vincularlas con el tratamiento y la atención son las mayores brechas en los esfuerzos de tratamiento de la región. Cerrar esas brechas será extremadamente difícil mientras las poblaciones claves estén sujetas a leyes punitivas, vigilancia policial agresiva y estigma social.

El retiro o la reducción del financiamiento de donantes externos para los programas de VIH en la región ha desafiado los esfuerzos para preservar y expandir el acceso a los servicios esenciales del VIH. Los servicios que brindan las organizaciones de la sociedad civil son clave para mejorar la respuesta al VIH en la región, pero en varios países, estas organizaciones operan en entornos restrictivos, lo que limita sus contribuciones a la respuesta al VIH. Las barreras administrativas y financieras, incluyendo las restricciones al financiamiento extranjero y los complicados procedimientos de registro, se encuentran entre los impedimentos que enfrentan.

Después de ser duramente golpeada por la pandemia de COVID-19, una combinación de sistemas de atención médica resilientes, la dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses, el uso de plataformas de redes sociales e Internet, y el trabajo excepcional de las organizaciones no gubernamentales han asegurado que muchas personas que viven con VIH continúan recibiendo tratamiento y atención.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

- Ampliar urgentemente el acceso a la prevención combinada del VIH, incluyendo profilaxis previo a la exposición (PrEP) y reducción de daños.
- Cerrar las brechas en las pruebas y cascada de tratamiento mediante la implementación completa de un enfoque de tratar a todos, incluyendo la mejora de las estrategias de pruebas y la ampliación del acceso a medicamentos antirretrovirales asequibles y de calidad garantizada.
- Institucionalizar los servicios dirigidos por la comunidad dentro de los sistemas nacionales de atención de la salud y prevención del VIH.
- Crear respuestas basadas en los derechos humanos mediante la transformación de normas de género nocivas, la reducción de la violencia basada en el género, y la eliminación de las leyes discriminatorias y punitivas, políticas y otras barreras estructurales y sociales.

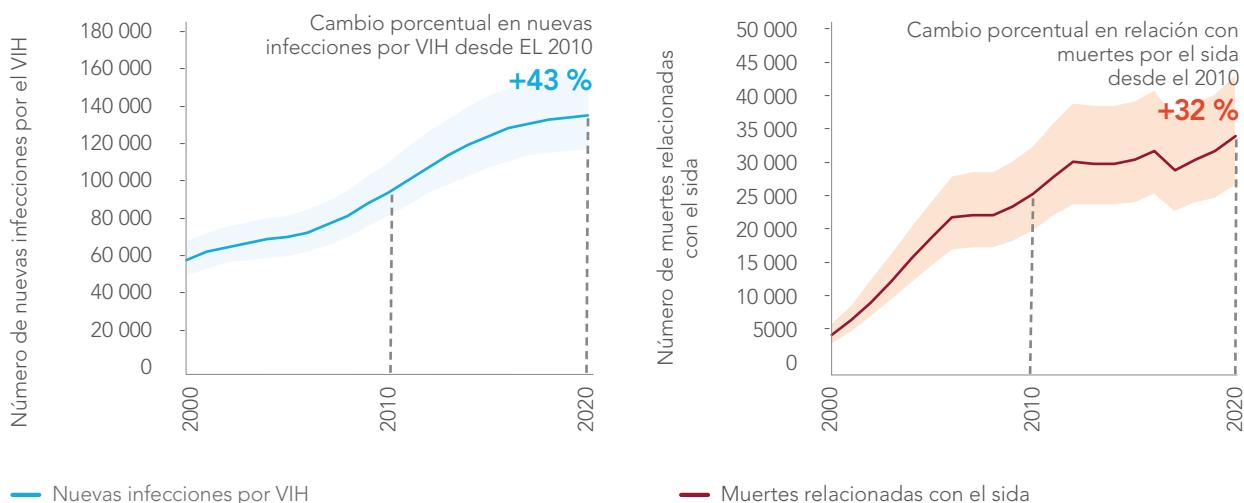


Un centro comunitario de VIH en Moscú, Federación de Rusia, recibe donaciones de desinfectante para manos durante la pandemia de COVID-19.

Crédito: Center-Plus

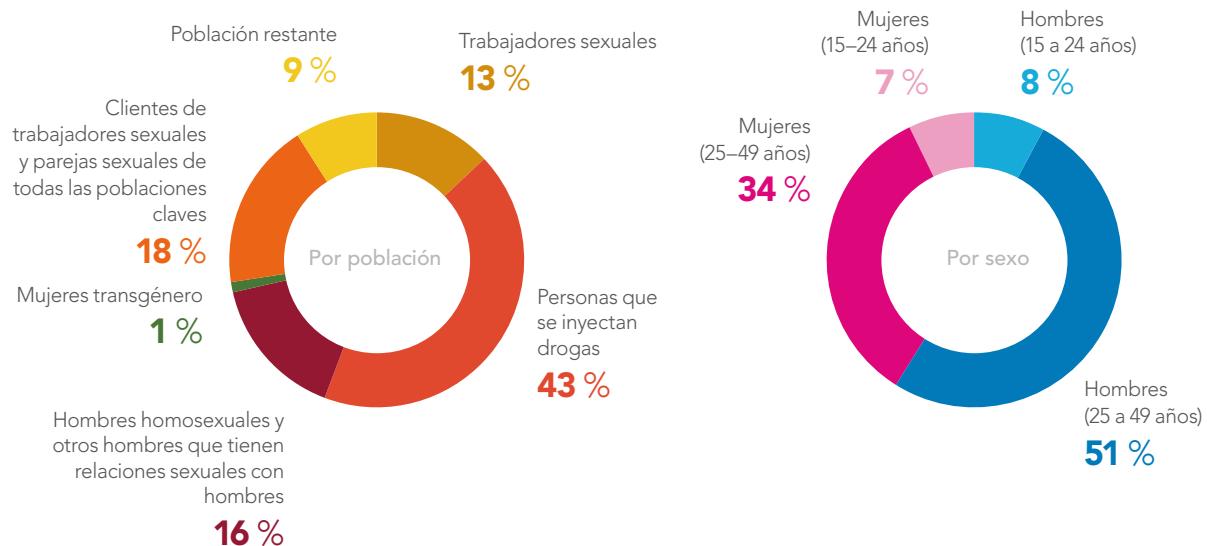
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 19.1 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES  
RELACIONADAS CON EL SIDA, EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2000–2020



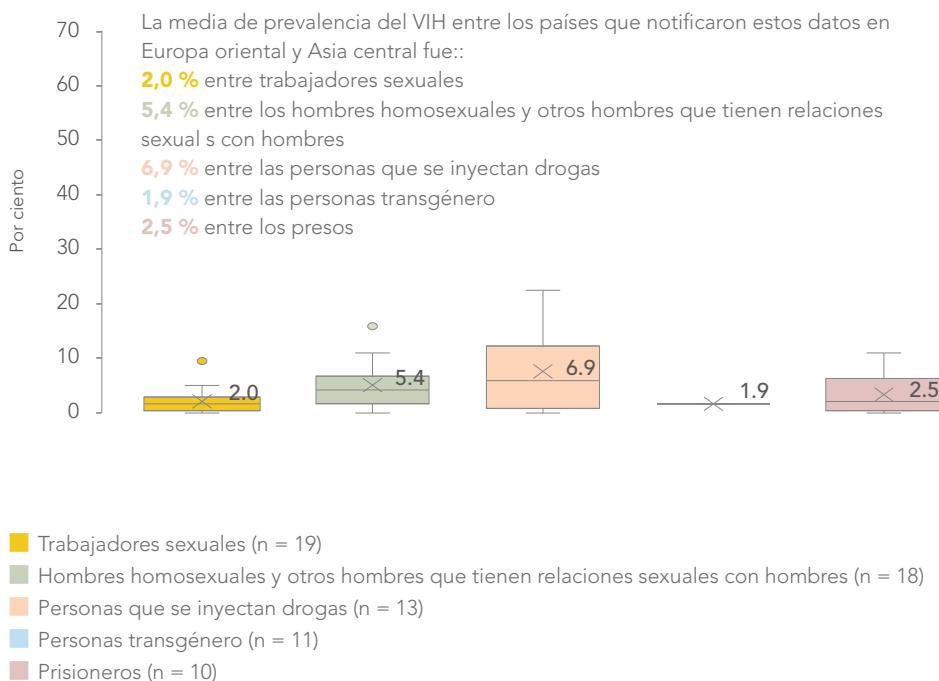
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 19.2 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO  
(15 A 49 AÑOS), EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

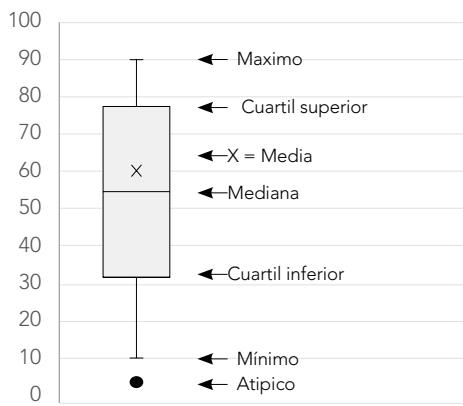
**FIGURA 19.3 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

Cómo leer esta tabla



**TABLA 19.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2018–2020**

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Albania	1 400 000									2300	0,16 %
Armenia	1 500 000	4600	0,31 %	16 000	1,07 %	9000	0,60 %				
Azerbaiyán	5 500 000	32 000	0,58 %			60 000	1,10 %				
Bielorrusia	4 400 000	18 600	0,42 %	32 000	0,73 %	80 000	1,82 %				
Georgia	1 800 000			19 000	0,97 %					9100	0,01 %
Kazajstán	9 200 000	21 000	0,22 %			94 600	1,03 %				
Macedonia del Norte	1 100 000					6800	0,61 %			2300	0,20 %
República de Moldavia	1 300 000	15 800	1,22 %	14 600	1,12 %	27 500	2,12 %				
Tayikistán	4 800 000	18 000	0,36 %								
Ucrania	20 700 000	87 000	0,41 %	180 000	0,85 %	350 000	1,66 %	8200	0,04 %	48 700	0,24 %
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,34 %		1,06 %		1,09 %		-		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional

■ Datos insuficientes

■ Estimación del tamaño de la población local

■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

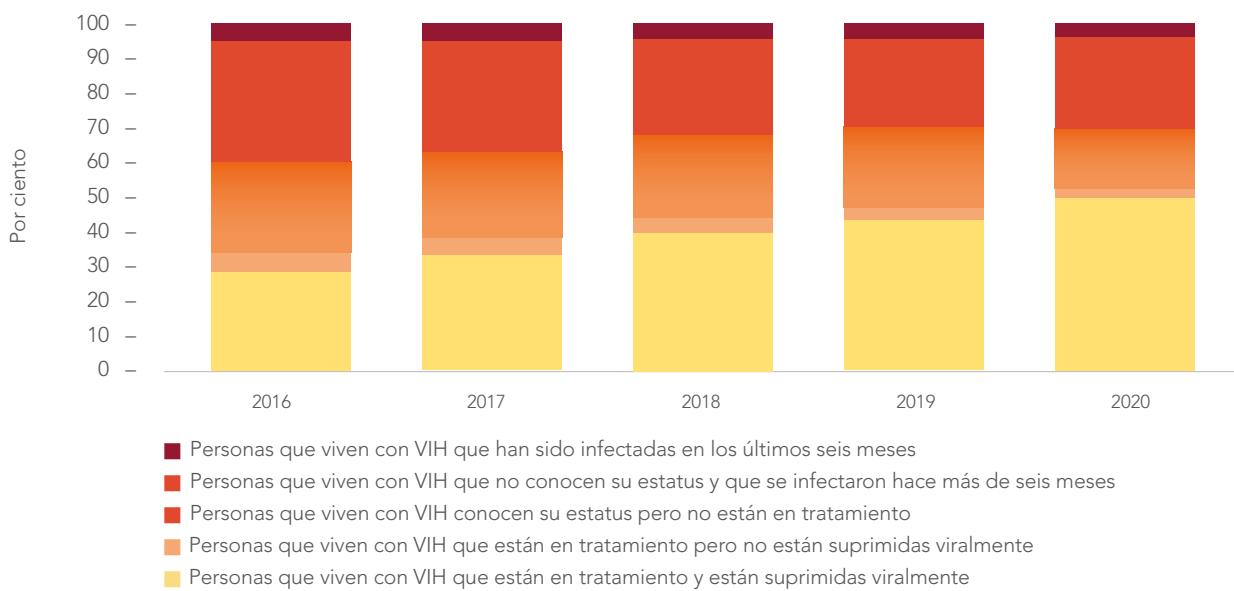
<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Los valores notificados para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población en la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

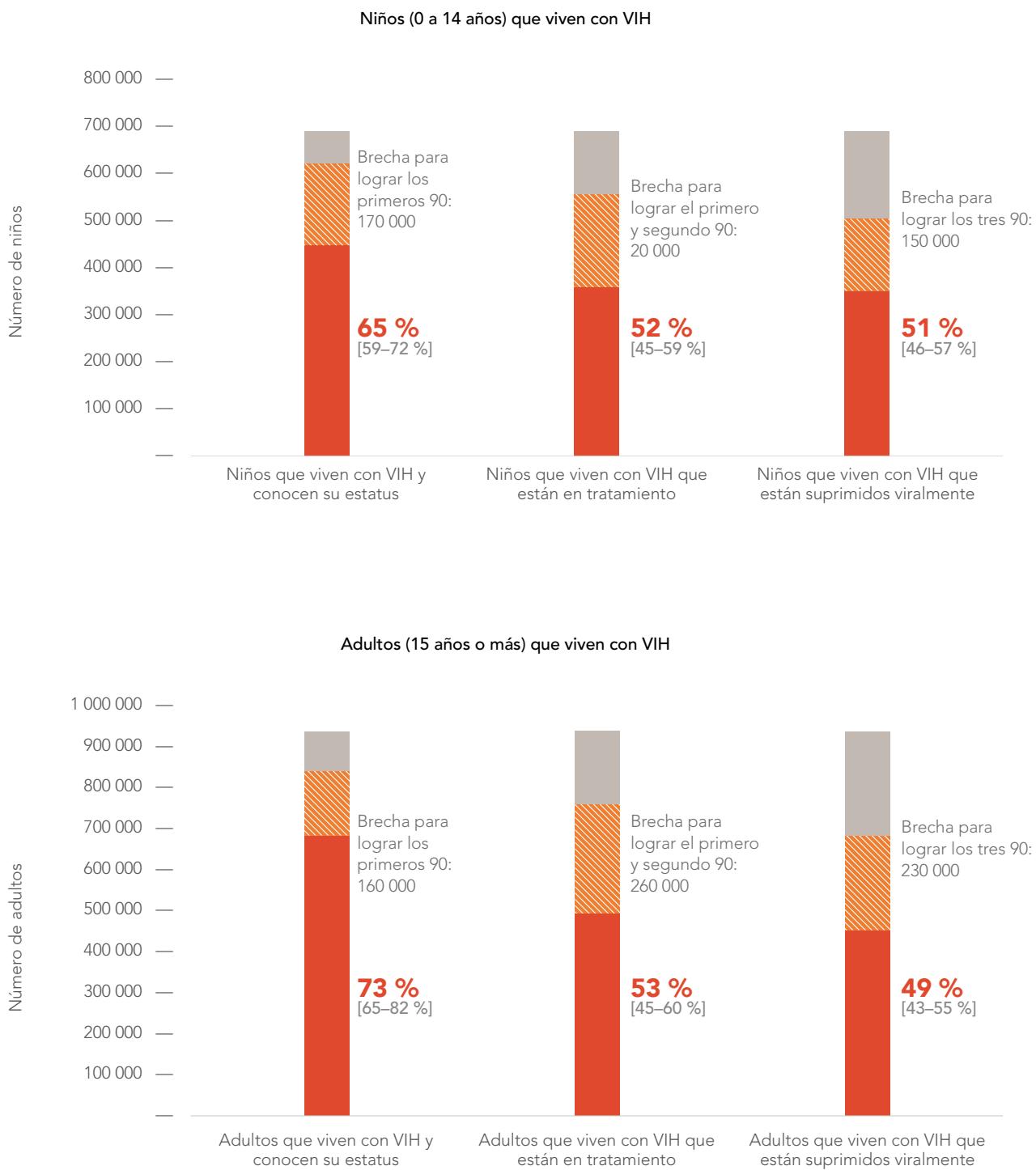
## SERVICIOS DE VIH

FIGURA 19.4 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2016–2020.



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

FIGURA 19.5 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

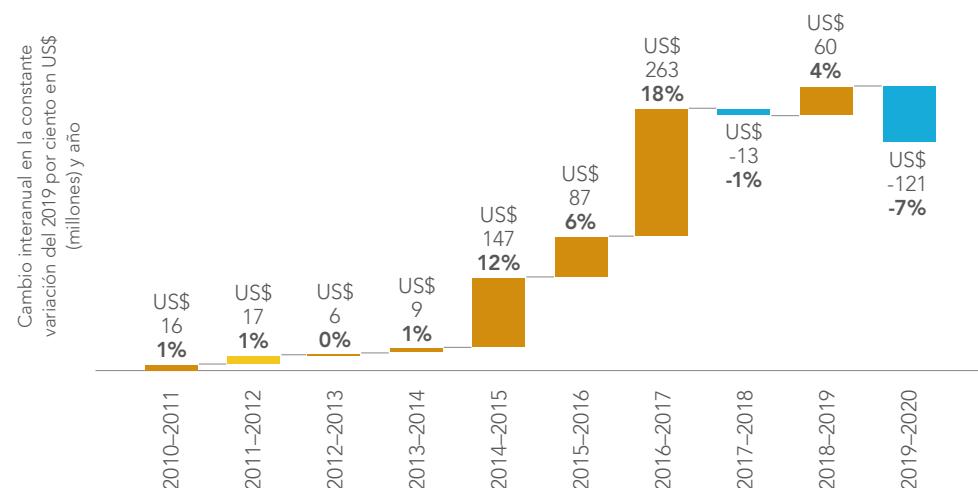
# INVERTIR PARA PONER FIN AL SIDA

FIGURA 19.6 |  
**DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS PARA EL VIH,  
EUROPA ORIENTAL Y  
ASIA CENTRAL, 2010-  
2020, Y ESTIMACIÓN DE  
LAS NECESIDADES DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH PARA EL 2025**



Los recursos disponibles para las respuestas al VIH en la región en el 2020 fueron menos de la mitad (45%) de lo que se requiere para lograr los objetivos de recursos de la región para el 2025. Se estimó que se dispondrá de un promedio de 976 dólares por persona que vive con VIH en el 2020. Se necesita un aumento de 2.2 veces en los recursos anuales para el 2025 y así poder expandir los servicios de VIH de manera sostenible y encaminarse hacia la erradicación del sida para el 2030. El aumento de los recursos necesarios es más pronunciado en algunos países de la región, que se han quedado rezagados en áreas específicas de la respuesta. En el 2020, 90% de los recursos totales para el VIH procedían de fuentes nacionales. Hubo un crecimiento del 46% en los recursos nacionales entre el 2010 y 2020, y la mayor parte de ese crecimiento se produjo entre el 2013 y 2018. Desde entonces, ha sido seguido por un aplanamiento de los recursos para el VIH en los últimos años. Dadas las altas tasas de incidencia del VIH en la actualidad (en comparación con las metas para el 2025), es necesario reducir los precios unitarios de los medicamentos antirretrovirales y fortalecer el gasto en programas de prevención que se enfocan en las poblaciones claves con mayor riesgo de infección por VIH.

FIGURA 19.7 |  
**CAMBIO ANUAL EN  
DISPONIBILIDAD DE  
RECURSOS CONTRA EL  
VIH, EUROPA ORIENTAL  
Y ASIA CENTRAL,  
2010-2011 A  
2019-2020**



Fuente: Estimaciones financieras de ONUSIDA, 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

# LEYES Y POLÍTICAS

TABLA 19.2 | LEYES PUNITIVAS Y DISCRIMINATORIAS, EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL, 2021

	Criminalización de personas transgénero	Criminalización del trabajo sexual	Criminalización de actos sexuales del mismo sexo	La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal	Consentimiento de los padres para que los adolescentes tengan acceso a la prueba del VIH	Leyes que penalizan la transmisión, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH	Pruebas obligatorias del VIH para permisos de matrimonio, trabajo o residencia o para ciertos grupos
Albania	1	1	1	1	1	1		1
Armenia	1	1	1	1	2	1		1
Azerbaiyán	2	4	2	2	1	1		1
Bielorrusia	1	1	1	1	1	1		1
Bosnia y Herzegovina		5	9			10		
Georgia	1	1	1	1	1	1		1
Kazajstán	1	6	1	1	1	1		1
Kirguistán	1	1	1	1	1	1		1
Montenegro	2	2	2	2	2	10		2
República de Moldavia	1	1	1	1	1	1		1
Federación de Rusia	2	7	9		2	10		2
Tayikistán	1	1	1	1	1	1		1
Macedonia del Norte		8	9			10		
Turkmenistán	3		9			10		
Ucrania	1	1	1		1	1		1
Uzbekistán	2	2	9		1	1		1

#### Criminalización de las personas transgénero

- Criminalizado y procesado
- Ni criminalizado ni procesado
- Datos no disponibles

#### Criminalización del trabajo sexual

- Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
- El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas o no está criminalizado
- El asunto se determina/difiere a nivel subnacional
- Datos no disponibles

#### Criminalización de actos sexuales del mismo sexo

- Pena de muerte
- Prisión (14 años – de por vida, hasta 14 años) o ninguna pena especificada
- Las leyes que penalizan los actos sexuales del mismo sexo han sido despenalizadas o nunca han existido, o ninguna legislación específica
- Datos no disponibles

La ley permite la posesión de cierta cantidad limitada de drogas para uso personal.

- No
- Sí
- Datos no disponibles

Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH

- Sí, para adolescentes menores de 18 años
- Sí, para adolescentes menores de 14 o 16 años
- Sí, para adolescentes menores de 12 años
- No
- Datos no disponibles

Leyes que penalizan la transmisión de, no divulgación o exposición a la transmisión del VIH

- Sí
- No, pero existen enjuiciamientos basados en leyes penales generales
- No
- Datos no disponibles

Leyes o políticas que restringen la entrada, estancia y residencia de las personas que viven con VIH

- Deportar, prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas de VIH o divulgación para algunos permisos
- Prohibir la estancia corta y/o larga y requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Requerir pruebas o divulgación del VIH para algunos permisos
- Sin restricciones
- Datos no disponibles

Pruebas obligatorias del VIH para el matrimonio, trabajo o permisos de residencia o para ciertos grupos

- Sí
- No
- Datos no disponibles

**Fuentes :**

1. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2021 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales de ONUSIDA, 2019 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Informe mapa legal trans 2019: reconocimiento ante la ley. Ginebra: ILGA World; 2020.
4. Azerbaiyán. Código de la República de Azerbaiyán sobre infracciones administrativas, 2000 ([https://www.legislationonline.org/download/id/3439/file/Azerbaijan\\_Code%20on%20Administrative%20offences\\_2000\\_eng.pdf](https://www.legislationonline.org/download/id/3439/file/Azerbaijan_Code%20on%20Administrative%20offences_2000_eng.pdf)).
5. Bosnia y Herzegovina. El Código Penal de Bosnia y Herzegovina ([https://www.legislationonline.org/download/id/8499/file/CC\\_BiH\\_am2018\\_eng.pdf](https://www.legislationonline.org/download/id/8499/file/CC_BiH_am2018_eng.pdf)).
6. Kazakstán. Código Criminal. Artículo 309 ([https://www.legislationonline.org/download/id/8260/file/Kazakhstan\\_CC\\_2014\\_2016\\_en.pdf](https://www.legislationonline.org/download/id/8260/file/Kazakhstan_CC_2014_2016_en.pdf)).
10. Federación de Rusia. El Código Penal de la Federación de Rusia. No. 63 – Fz de 13 de junio de 1996. Artículo 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
11. Macedonia del Norte. Ley de Delitos contra el Orden Público. Artículo 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
12. Mendoros LR. Homofobia patrocinada por el estado, 2020. Ginebra: Asociación Internacional de Lesbianas, Homosexuales, Bisexuales, Trans e Intersex; diciembre 2020 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf)).
13. Base de datos mundial sobre criminalización del VIH [base de datos]. Ámsterdam: HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
14. Aún no es bienvenido: restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
15. media\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\_en.pdf).

Nota: Se considera que un país ha criminalizado a las personas transgénero si utiliza la ley para castigar a las personas transgénero. Tal ley puede, por ejemplo, criminalizar explícitamente la suplantación del otro género, incluyendo el travestismo. Se considera que un país tiene alguna penalización o regulación punitiva del trabajo sexual si la venta y/o la compra de servicios sexuales está penalizada, las actividades auxiliares asociadas con la venta y/o compra de servicios sexuales están penalizadas, el lucro de la organización y/o la gestión de servicios sexuales está penalizado, y/o existen otras regulaciones punitivas y/o administrativas del trabajo sexual.

## Caso de Estudio

# LAS ORGANIZACIONES LOCALES HACEN MILAGROS PARA LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN UCRANIA

La transición del financiamiento de los donantes al financiamiento gubernamental para las respuestas al VIH en los países de ingresos medios podría amenazar el futuro de los servicios proporcionados por las organizaciones no gubernamentales. La importancia del VIH y otros servicios de reducción de daños proporcionados por estas organizaciones a las personas que se inyectan drogas en Ucrania se han revelado en un nuevo estudio de los datos de las encuestas.

Las organizaciones no gubernamentales han sido los principales proveedores de equipos de inyección esterilizados, condones y pruebas de detección del VIH y hepatitis C para las personas que se inyectan drogas en Ucrania desde principios de la década del 2000, mientras que el gobierno proporciona la mayor parte de la terapia antirretroviral y la terapia de sustitución de opioides.

Según un análisis de los datos de la encuesta bioconductual del 2009 a 2017, las personas que acceden a los servicios proporcionados por organizaciones no gubernamentales tenían tres veces más probabilidades de haberse realizado la prueba del VIH (Figura 19.8) y 1.5 veces más probabilidades de usar condones y equipo de inyección esterilizado. Las personas que viven con VIH también tenían más probabilidades de conocer su estado serológico, inscribirse en un Centro de sida para la atención del VIH y de recibir terapia antirretroviral (1).<sup>1</sup>

El análisis muestra que los servicios proporcionados por organizaciones no gubernamentales marcan una gran diferencia en un país con la segunda mayor epidemia de VIH en Europa oriental y Asia central (y la tercera más grande de hepatitis C), y donde aproximadamente la mitad de las infecciones por VIH y más de tres cuartas partes de las infecciones por hepatitis C provienen del uso inseguro de drogas inyectables.

<sup>1</sup> Más de 42 000 personas que se inyectan drogas participaron en encuestas bioconductuales en 31 ciudades de Ucrania en el 2009, 2011, 2013, 2015 y 2017. Aproximadamente un tercio de los encuestados utilizó servicios de organizaciones no gubernamentales

FIGURA 19.8 | PRUEBAS DE VIH EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS, POR ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL ESTATUS DEL CLIENTE, UCRANIA, 2011-2017



Fuente: Trickey A, Semchuk N, Saliuk T, Sazonova Y, Varetksa O, Walker JG et al. ¿Ha mejorado el abastecimiento de recursos de organizaciones no gubernamentales de reducción de daños en Ucrania los resultados de prevención y tratamiento del VIH para las personas que se inyectan drogas? Resultados de múltiples encuestas bioconductuales. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(8):e25608.

Hoy me enorgullece decir que el programa de reducción de daños implementado por Alliance for Public Health me salvó la vida”, dice Anton Basenko, uno de los primeros pacientes con terapia de sustitución de opioides en Ucrania. “Este programa es como un milagro. Es muy sencillo darle a una persona [una] jeringa limpia o una prueba rápida del VIH sin juzgar su vida, pero [aunque respetando] los derechos humanos y la dignidad de las personas que consumen drogas. Un apoyo tan crucial ayudó a personas como yo a no darse por vencidos cuando se da cuenta de que es VIH positivo o hepatitis C positivo”.

Los servicios de apoyo médico, social y psicológico son proporcionados principalmente por organizaciones no gubernamentales locales, y se realizan miles de llamadas al mes a través de la Línea Directa Nacional para el Uso de

Drogas, administrada por operadores que tienen experiencias con el uso de drogas en el pasado.

El anonimato y la confidencialidad garantizados de los servicios basados en organizaciones no gubernamentales garantizan el compromiso y la adhesión de los clientes a estos servicios vitales. Los clientes no proporcionan documentos de identificación; en su lugar, reciben servicios basados en un código personal único.

Casi 15 700 personas que consumen drogas estaban recibiendo tratamiento de sustitución de opioides en mayo de 2021 en Ucrania, el mayor número en la región (2). Entre ellos hay 2490 mujeres, y 12 pudieron dar a luz con éxito mientras estaban en el programa (3).

## Referencias

1. Trickey A, Semchuk N, Saliuk T, Sazonova Y, Varetska O, Walker JG et al. ¿Ha mejorado el abastecimiento de recursos de organizaciones no gubernamentales de reducción de daños en Ucrania los resultados de prevención y tratamiento del VIH para las personas que se inyectan drogas? Resultados de múltiples encuestas bioconductuales. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(8):e25608.
2. Centro de Salud Pública de Ucrania, estadísticas, mayo de 2021 (<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>).
3. Centro de Salud Pública de Ucrania, 01 de abril de 2021 (<https://bit.ly/3AJag6n>).





## EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE

Como región, Europa occidental y central y América del Norte han logrado los objetivos 90-90-90, y las continuas disminuciones en las infecciones y muertes anuales por VIH sugieren que la mayoría de las epidemias de la región están siendo controladas. Sin embargo, estos promedios regionales oscurecen las diferencias, tanto entre países como dentro de ellos. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, el 34.5% de las personas que vivían con una infección por VIH diagnosticada (13 años o más) no estaban suprimidos viralmente (1).

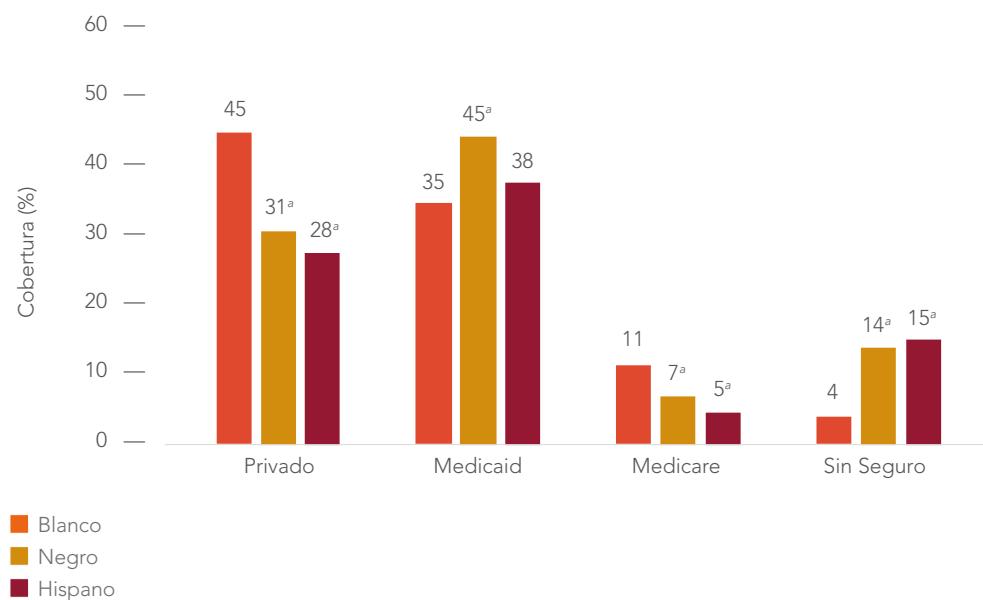
El acceso a los servicios en Europa occidental y central y América del Norte tiende a ser menor entre las poblaciones migrantes y los grupos minoritarios raciales y étnicos. Estas disparidades están relacionadas con la discriminación estructural, las barreras administrativas y lingüísticas para acceder al seguro y los servicios de salud, y el estigma a nivel comunitario. En los Estados Unidos, por ejemplo, la cobertura de seguro médico es menor entre las personas que viven con VIH en comunidades afrodescendientes e hispanas (Figura 10.1), y las personas que viven con VIH que no tienen seguro médico tienen menos probabilidades de ser suprimidas viralmente que aquellas con seguro médico privado o proporcionado por el gobierno (Figura 20.2) (2). Sin embargo, las personas que viven con VIH que no tienen seguro médico en los Estados Unidos pueden acceder a un tratamiento asequible contra el VIH a través de la Ley Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE).

La mayor provisión de profilaxis previa a la exposición (PrEP) está contribuyendo a reducir la incidencia de infecciones por VIH en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y partes de los Estados Unidos. Otros métodos de prevención probados, como los servicios de reducción de daños, continúan controlando la epidemia del VIH en países como Italia, los Países Bajos, Portugal, España y Suiza, y deberían implementarse más ampliamente en países donde el consumo de drogas intravenosas es un factor importante de las infecciones por VIH y las hepatitis virales.

## ACCIONES PRIORITARIAS PARA ELIMINAR EL SIDA

- Mejorar las estrategias de pruebas, incluyendo la carga viral.
- Superar el estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud e integrar la atención de las coinfecciones y las comorbilidades.
- Asegurar que las poblaciones claves, los migrantes y las personas en entornos cerrados tengan acceso a los servicios contra el VIH, independientemente de su situación legal o de seguro.
- Eliminar las leyes y políticas que castigan y discriminan las comunidades LGBTI, trabajadoras sexuales, personas que consumen drogas, personas que viven con VIH y los migrantes.
- Aumentar las inversiones en investigación sobre el VIH, prestando especial atención a los antirretrovirales de acción prolongada, las vacunas contra el VIH y una cura.

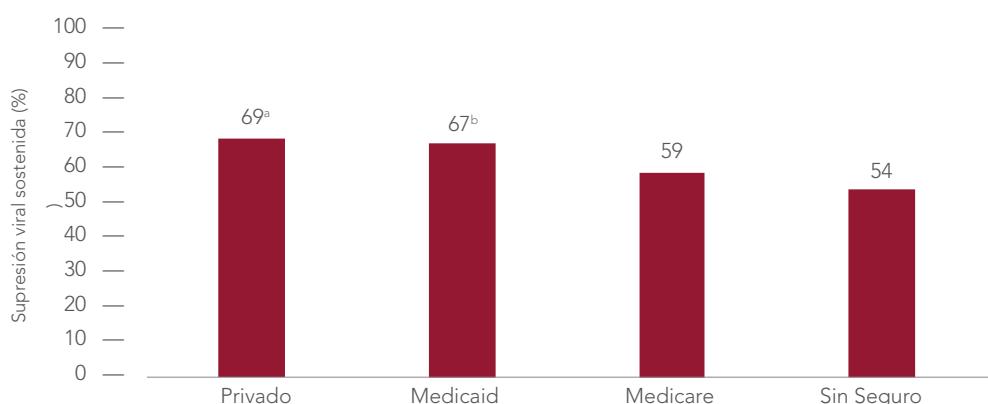
FIGURA 20.1 | COBERTURA DE SEGURO EN ADULTOS QUE VIVEN CON VIH, POR RAZA/ ETNICIDAD, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, 2018



Fuente: Dawson L, Kates J Cobertura de seguros y supresión viral en personas con VIH, 2018. In: KFF.org [Internet]. 24 de septiembre de 2020. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hivaids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018/>).

<sup>a</sup>Cobertura significativamente diferente ( $p < .001$ ) grupo de referencia es blanco. El porcentaje restante es otra cobertura pública.

FIGURA 20.2 | SUPRESIÓN VIRAL SOSTENIDA EN ADULTOS CON VIH, POR MODALIDAD DE COBERTURA DE SEGURO, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, 2018



Fuente: Dawson L, Kates J. Cobertura de seguros y supresión viral en personas con VIH, 2018. In: KFF.org [Internet]. 24 de septiembre de 2020. San Francisco (CA): Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hivaids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018/>).

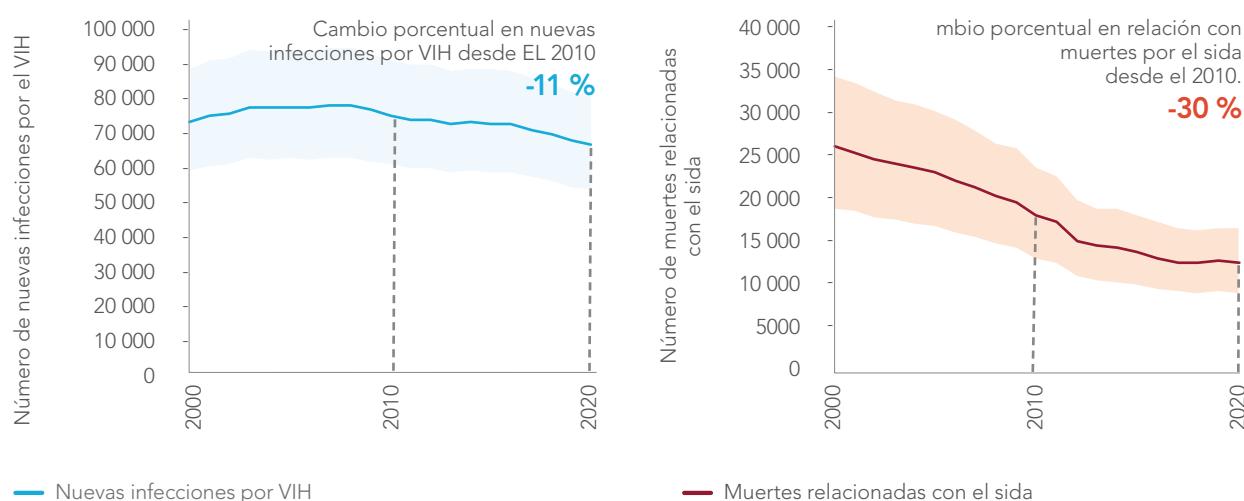
Nota: La supresión viral sostenida se define como tener una carga viral indetectable en todas las pruebas en los 12 meses anteriores. Medicaid incluye aquellos cubiertos por Medicaid y Medicare.

<sup>a</sup>Tasa de supresión viral mayor que la de los no asegurados  $p < .001$ .

<sup>b</sup>Tasa de supresión viral mayor que la de los no asegurados  $p < .05$ .

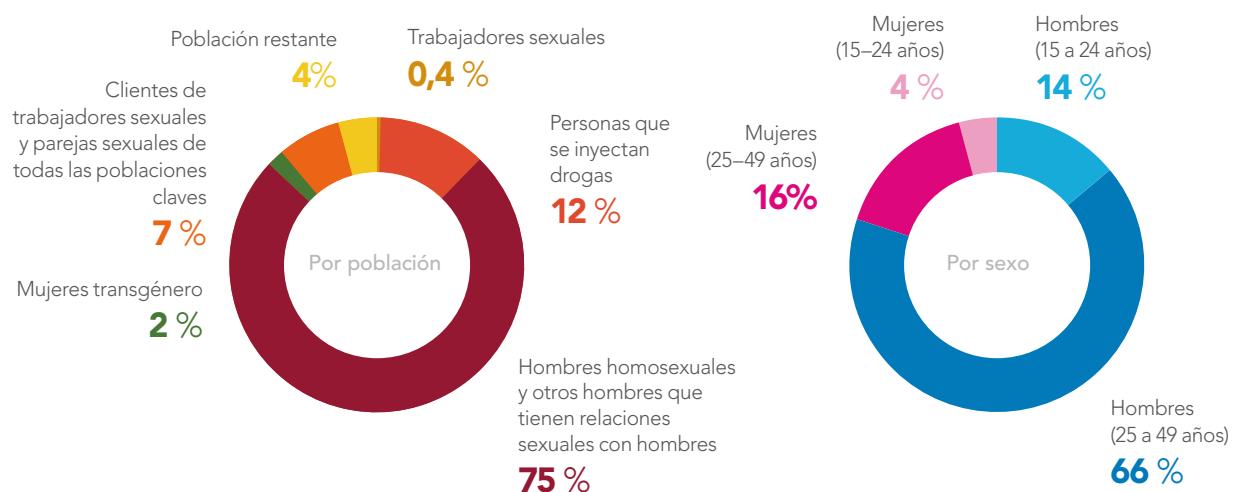
# ESTADO DE LA PANDEMIA

FIGURA 20.3 | NÚMERO DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH Y MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2000–2020



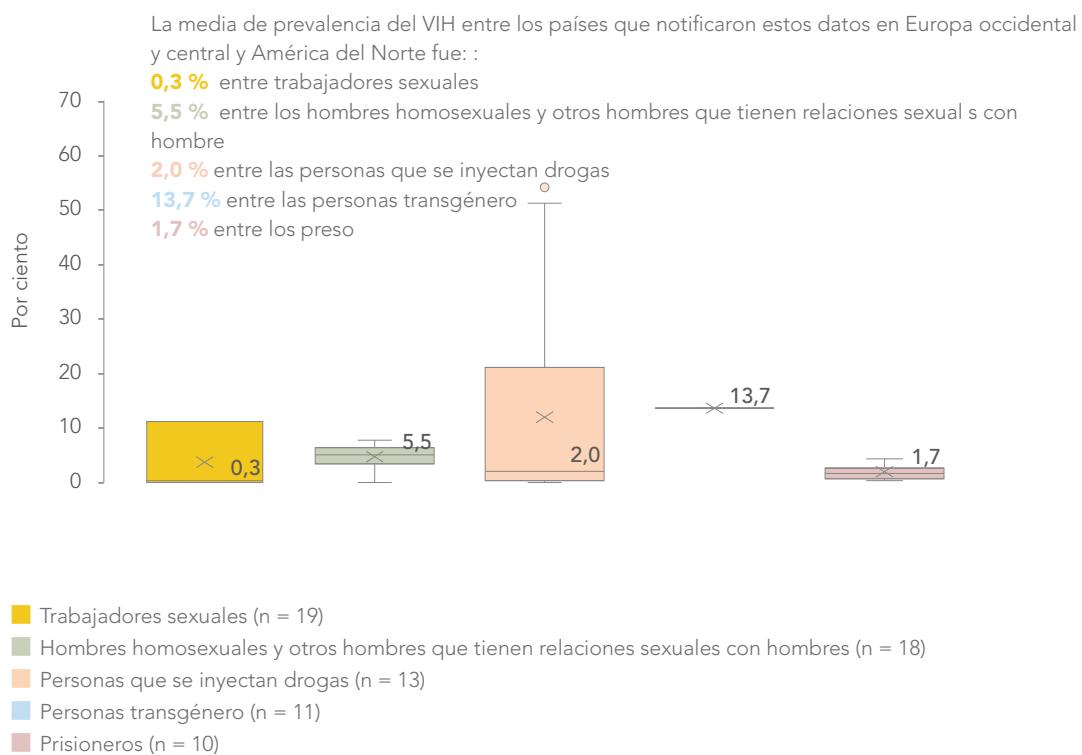
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURA 20.4 | DISTRIBUCIÓN DE INFECCIONES NUEVAS POR VIH POR GRUPO DE POBLACIÓN Y SEXO (15 A 49 AÑOS), EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021 (ver anexo sobre métodos).

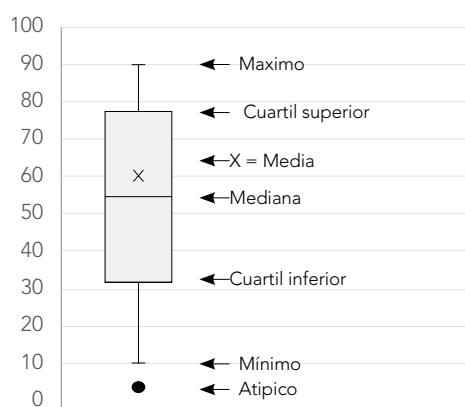
**FIGURA 20.5 | PREVALENCIA DEL VIH ENTRE POBLACIONES CLAVES, PAÍSES INFORMANTES EN EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2016–2020**



Fuente: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Nota: (n = número de países). Número total de países informantes = 41.

Cómo leer esta tabla



**TABLA 20.1 | TAMAÑO ESTIMADO NOTIFICADO DE POBLACIONES CLAVES, EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2018–2020**

	Población adulta nacional (15 a 49 años) en 2020 o año pertinente	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)	Personas que se inyectan drogas	Personas que se inyectan drogas como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (15 y 49 años)	Prisioneros	Prisioneros como porcentaje de la población adulta (15 a 49 años)
Canadá	16 500 000							75 000	0,45 %	14 000	0,09 %
República Checa	4 800 000					40 800	0,85 %			21 600	0,45 %
Estonia	560 000									2300	0,42 %
Alemania	35 800 000									57 600	0,16 %
Israel	4 100 000										
Serbia	4 000 000										
Estados Unidos de América	148 000 000							1 000 000	0,68 %		
Proporción media regional estimada en porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) <sup>a, b</sup> :			0,34 %		0,82 %		0,06 %		0,06 %		-

■ Estimación del tamaño de la población nacional

■ Datos insuficientes

■ Estimación del tamaño de la población local

■ Sin datos

Fuentes: ONUSIDA Vigilancia Mundial del SIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2021.

<sup>a</sup> Guía de inicio rápido para Spectrum, 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/QuickStartGuide\\_Spectrum\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf)).

<sup>b</sup> Resumen técnico: estimaciones recomendadas del tamaño de la población de hombres que tienen sexo con hombres. Ginebra: OMS, ONUSIDA; 2020.

Nota 1: Las estimaciones que se muestran son estimaciones proporcionadas por el gobierno informadas para 2018-2020. Es posible que estén disponibles estimaciones adicionales y alternativas de diferentes fuentes, incluyendo el Atlas de poblaciones claves (<https://kpatlas.unaids.org/>), publicaciones académicas o documentos institucionales.

Nota 2: Los valores notificados para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se presentan como un porcentaje de la población adulta (15 a 49 años) para mantener la consistencia entre las poblaciones claves. El porcentaje de esta población en la población masculina adulta (15 a 49 años) será aproximadamente el doble de los valores mostrados.

**TABLA 20.2 | CAMBIO EN  
NUEVAS INFECCIONES  
POR VIH ENTRE 2010 Y  
2020, PAÍSES DE  
EUROPA CENTRAL Y  
OCCIDENTAL**

	Estimaciones aprobadas por país	Estimaciones no finalizadas en el momento de su publicación
Países con una disminución de las nuevas infecciones por VIH superior al 20%	Dinamarca Estonia Italia Noruega Países Bajos Portugal	Austria Bélgica Suiza Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Países con una disminución de las infecciones por VIH de 0% a menos de 20%	Grecia España	Finlandia Israel Lituania
Países con nuevas infecciones por VIH en aumento	Irlanda Serbia	Bulgaria Chipre República Checa Hungría Letonia Polonia Eslovaquia Suecia Turquía

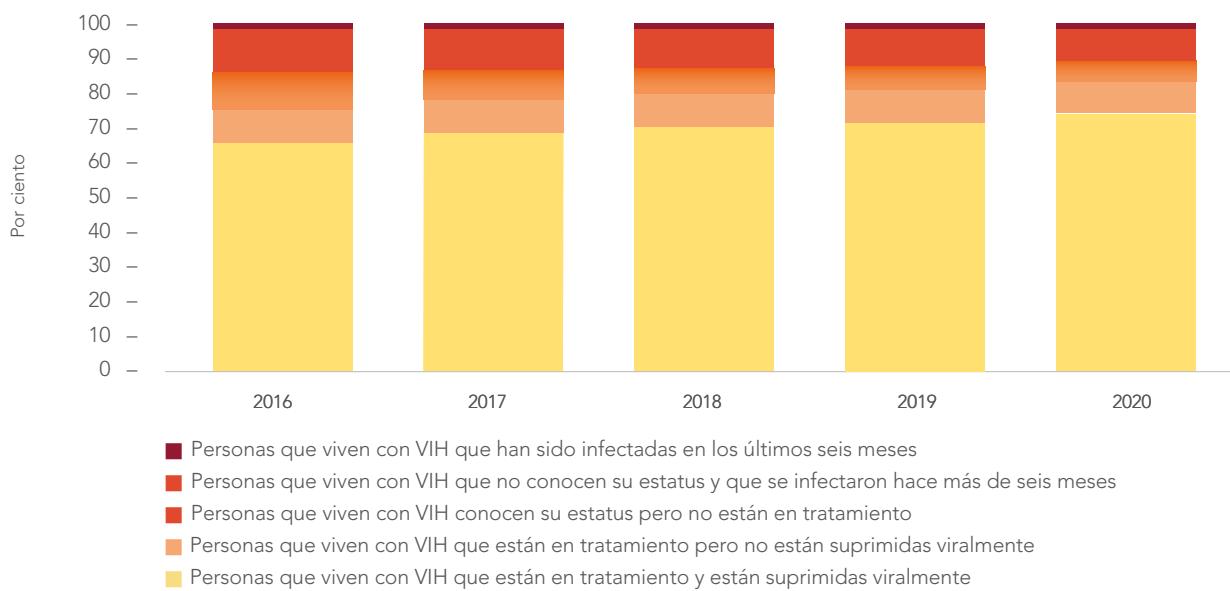
Fuente: Estimaciones epidemiológicas del ONUSIDA 2021; Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades, Oficina Regional de la OMS para Europa. Vigilancia del VIH/SIDA en Europa 2020: datos de 2019. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2020.

Notas: Se omitieron los países si había una discrepancia entre el número estimado de nuevas infecciones para 2010–2020 y los nuevos diagnósticos para 2010–2019 (Alemania, Croacia, Francia y Rumanía). Países con <50 nuevas infecciones por VIH fueron omitidas

En Europa occidental y central, 11 países han experimentado una disminución de las infecciones por VIH en más del 20% desde el 2010, y 16 países experimentaron aumentos o disminuciones limitadas en las nuevas infecciones por VIH (Figura 20.10). Las respuestas al VIH en varios países de Europa central se ven frenadas por un compromiso político limitado, acoso y otras violaciones de derechos contra las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) y otras poblaciones claves, y por medidas insuficientes para llegar a las poblaciones claves con combinaciones basadas en evidencia de servicios de prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH

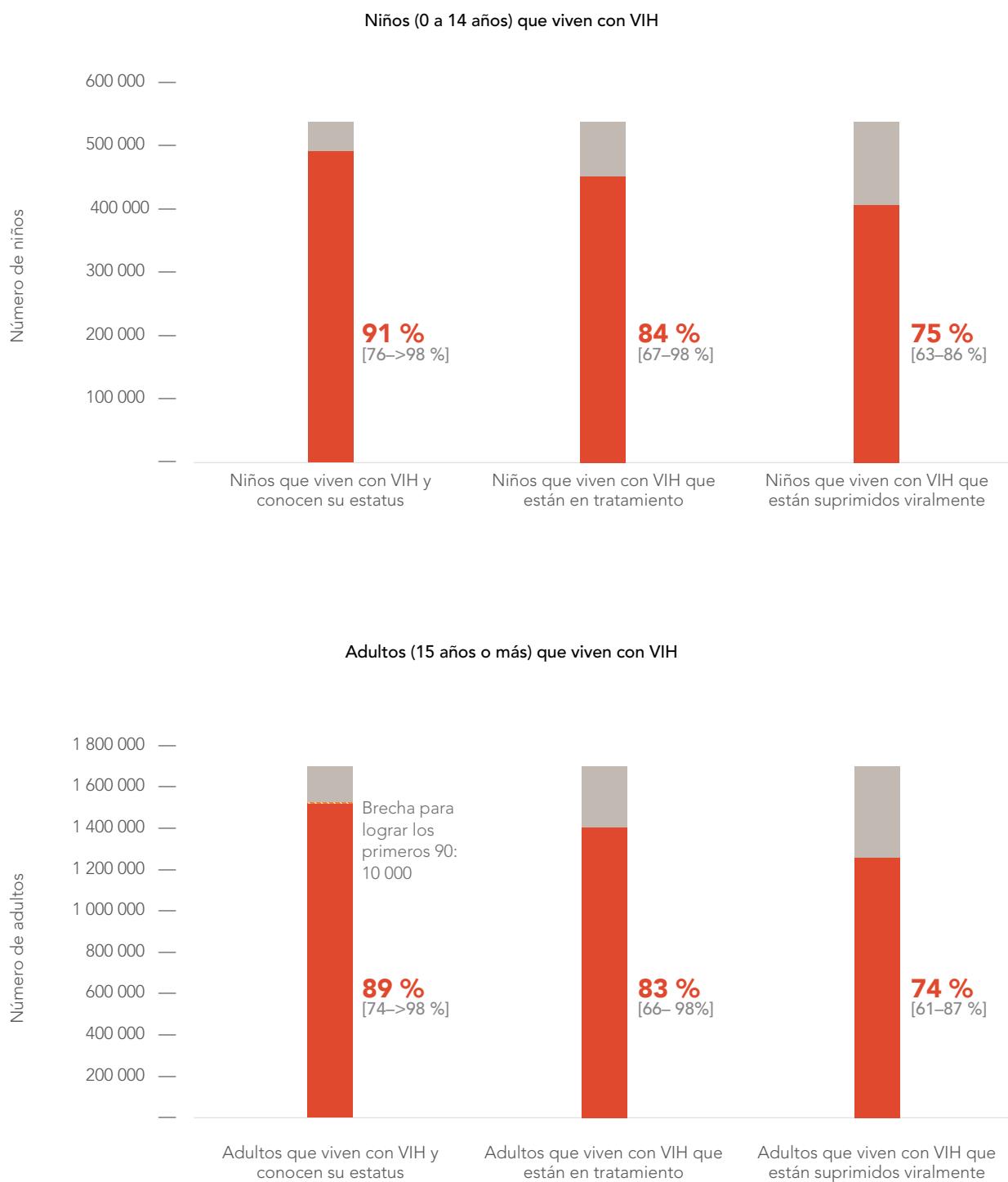
## SERVICIOS DE VIH

FIGURA 20.6 | PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, PERSONAS RECIÉN INFECTADAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, Y PRUEBAS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN CASCADA, ADULTOS (MAYORES DE 15 AÑOS), EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2016–2020



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

**FIGURA 20.7 | CASCADA DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO DEL VIH, MUJERES (MAYORES DE 15 AÑOS) EN COMPARACIÓN CON HOMBRES (MAYORES DE 15 AÑOS), EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL Y AMÉRICA DEL NORTE, 2020**



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

## Caso de Estudio

# SUPERANDO EL MIEDO Y EL VIH EN LAS COMUNIDADES MIGRANTES AFRICANAS EN BÉLGICA

Los estudios muestran que las epidemias de VIH en Europa occidental y central afectan de manera desproporcionada a las poblaciones migrantes, siendo la prevalencia del VIH más alta entre los migrantes del África subsahariana (3). En Bélgica, los migrantes de origen africano subsahariano representan solo el 0.8% de la población del país, pero representaron el 30% de los nuevos casos de VIH notificados en el 2019 (4).<sup>1</sup> En la ciudad de Amberes, por ejemplo, la prevalencia del VIH es casi del 6% entre las mujeres migrantes y más del 4% entre los hombres migrantes del África subsahariana, en comparación con la prevalencia nacional del VIH del 0.17% (5, 6).

La migración en sí no es un factor de riesgo para el VIH, aunque puede colocar a las personas en situaciones que aumentan su vulnerabilidad y hacen más difícil poder acceder a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH. En cambio, proporciona sustanciales de migrantes que viven con VIH en Europa contrajeron el VIH después de migrar. Un estudio realizado entre el 2013 y 2015 en nueve países europeos, incluyendo Bélgica, estimó que el 45% de las personas que viven con VIH del África subsahariana habían adquirido el VIH después de la migración (7). El acceso de los migrantes a los servicios relacionados con el VIH tiende a ser deficiente. Las razones incluyen un bajo sentido de riesgo de VIH, barreras culturales y lingüísticas, falta de políticas de salud que incluyan a los migrantes y estigma y discriminación relacionados con el VIH (8). Esto es similar a la situación en otras partes de Europa, donde una revisión encontró que una serie de obstáculos dejaban a muchos inmigrantes indocumentados con acceso solo a la atención de emergencia, incluso en

países donde tenían pleno derecho a la atención de la salud (9). Como resultado, los diagnósticos de VIH en estas comunidades pueden llegar tarde y los resultados del tratamiento pueden ser deficientes (10, 11).

El Proyecto HIV-SAM, coordinado por el Instituto de Medicina Tropical de Amberes, está trabajando para superar estos obstáculos en la región de Flamenca de Bélgica. Utiliza un enfoque participativo para llegar a las comunidades de origen africano subsahariano con información básica y servicios de prevención y pruebas del VIH. Un ejemplo es su "No temo a las personas que viven con VIH - ¿y usted?" campaña de reducción del estigma del VIH que comenzó en el 2019.

Esta campaña, que reunió los recursos de 18 organizaciones sociales y culturales, grupos eclesiásticos y un grupo de apoyo para personas con VIH y voluntarios individuales — surgidos de investigaciones que muestran altos niveles de estigma del VIH en comunidades de origen africano, que a menudo también sufren discriminación en los centros de salud (12). Miembros de la comunidad asistidos en la elaboración de mensajes, carteles y videos apropiados. Sus consejos llevaron a hacer hincapié en los temas de la empatía y la compasión, mostrando cómo el estigma daña la salud de las personas y destacando las recompensas de una terapia antirretroviral exitosa.

<sup>1</sup> Donde se conoce la nacionalidad de la persona

Después haberlos probado con las comunidades, los mensajes seleccionados se desplegaron en carteles y folletos, en videos y en publicaciones en las redes sociales. Se llevaron a cabo talleres y capacitación para sensibilizar a la comunidad y difundir la información, que se adaptó con el tiempo para reflejar las diversas opiniones y prioridades de salud de las personas. Los voluntarios de organizaciones comunitarias también distribuyeron condones gratis en festivales y otros eventos comunitarios.

Los grupos comunitarios llevaron a cabo una campaña de reducción del estigma, a partir de diciembre de 2019, que había llegado a casi 10 000 personas a través de encuentros presenciales, carteles en centros sociales populares y redes sociales antes de que la pandemia de COVID-19 interrumpiera el trabajo.

La campaña de divulgación incluso iluminó a los voluntarios. "Nadie [entre los voluntarios] sabía que la medicación contra el VIH es tan eficaz y previene la transmisión del VIH a las parejas", recordó uno. "Esto fue algo útil de comprender".

La importancia de las redes comunitarias establecidas en los brotes pandémicos está bien establecida (13). Para el Proyecto HIV-SAM, el trabajo ha valido la pena para la respuesta al VIH y más. Durante la crisis de COVID-19, estas redes comunitarias existentes se utilizaron para difundir información crucial y personalizada sobre la pandemia, desacreditar conceptos erróneos, disminuir la duda sobre las vacunas y ayudar a superar el aislamiento social. La información y los recursos sobre prevención también se publicitaron a través de redes comunitarias en línea.

**WE ARE NOT AFRAID OF PEOPLE  
LIVING WITH HIV ANYMORE. AND YOU?**



**LET'S STOP STIGMATISING**  
People living with HIV

**INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE**  
HIV SAM  
Vlaanderen

This project was made possible with the financial support of ViiV Healthcare Belgium  
MORE INFORMATION ON [WWW.HIVSAM.BE](http://WWW.HIVSAM.BE)

**JE N'AI PLUS PEUR DES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH. ET VOUS?**



**CESSONS DE STIGMATISER**  
les personnes vivant avec le VIH

**INSTITUTE OF TROPICAL MEDICINE**  
HIV SAM  
Vlaanderen

Le projet a été rendu possible grâce au soutien financier de ViiV Healthcare Belgium  
PLUS D'INFORMATIONS SUR LE PROJET SONT DISPONIBLES SUR [WWW.HIVSAM.BE](http://WWW.HIVSAM.BE)

Ejemplos de materiales impresos producidos como parte de la campaña de reducción del estigma del VIH-SAM en Flandes, Bélgica.

Crédito: Instituto de Medicina Tropical de Amberes

## Referencias

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. Seguimiento de los objetivos nacionales seleccionados de prevención y atención del VIH mediante el uso de datos de vigilancia del VIH: Estados Unidos y seis áreas dependientes, 2019. Informe complementario de vigilancia del VIH. 2021;26(No. 2) (<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>).
2. Dawson L, Kates J. Cobertura de seguro y supresión viral entre personas con VIH, 2018. En: KFF.org [Internet]. 24 de septiembre de 2020. San Francisco: Kaiser Family Foundation; c2021 (<https://www.kff.org/hivaids/issue-brief/insurance-coverage-and-viral-suppression-among-people-with-hiv-2018/>).
3. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB et al. Coinfección por VIH y tuberculosis entre los migrantes en Europa: una revisión sistemática sobre la prevalencia, la incidencia y la mortalidad. *PLoS One.* 2017;12(9):e0185526.
4. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. Epidemiologie van aids en HIV-infectie in België. Toestand op 31 diciembre 2019. Brussels: Sciensano; 2020 (disponible en <https://www.sciensano.be/nl/biblio/epidemiologie-van-aids-en-hiv-infectie-belgie-toestand-op-31-december-2019>).
5. Loos J, Nöstlinger C, Vuylsteke B, Deblonde J, Ndungu M, Kint I et al. Primeras estimaciones de la prevalencia del VIH de una muestra representativa de inmigrantes africanos subsaharianos adultos en una ciudad europea. Resultados de un estudio transversal de base comunitaria en Amberes, Bélgica. *PLoS ONE.* 2017;12(4):e0174677.
6. Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2017. Sciensano. Épidémiologie et santé publique, Novembre 2018, Bruxelles, Belgique ([https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport\\_vih-sida\\_2017\\_6web.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/rapport_vih-sida_2017_6web.pdf)).
7. Alvarez-del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte AF et al. Altos niveles de adquisición del VIH después de la inmigración en nueve países europeos. *SIDA.* 2017;31(14):1979-88.
8. Van Beckhoven D, Florence E, Deblonde J, Ruelle J, Verhofstede C, Callens S et al. Buena continuidad de la atención del VIH en Bélgica a pesar de las deficiencias en la retención y la vinculación con la atención entre los migrantes. *BMC Infect Dis.* 2015;15(1):496.
9. De Vito E, De Waure C, Specchia M, Ricciardi W. Aspectos de salud pública de la salud de los migrantes: una revisión de la evidencia sobre el estado de salud de los migrantes indocumentados en la Región de Europa. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2015.
10. Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte A-F, Volny-Anne A et al. Historial de pruebas del VIH y acceso al tratamiento entre los migrantes que viven con VIH en Europa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21 Suppl 4:e25123.
11. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landeghem E, Vanhamel J, Zenner D, Jacobi J et al. Aportando luz sobre una población desatendida: revisión de la evidencia del VIH entre los migrantes en la UE/EEE. *The Lancet.* 2021. Pre-print ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3815670](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3815670)).
12. Manirankunda L, Aletha W, Ddungu C, Nöstlinger C. Manifestaciones del estigma relacionado con el VIH entre los migrantes africanos subsaharianos en Flandes. *Breach Symposium;* 2017.
13. Kickbusch I, Reddy KS. La comunidad importa: por qué las respuestas a los brotes deben integrar la promoción de la salud. *Global Health Promot.* 2016 Mar;23(1):75-8.



# VI ANEXO SOBRE MÉTODOS



# MÉTODOS PARA OBTENER ESTIMACIONES DE VIH DE ONUSIDA

## Introducción

ONUSIDA proporciona anualmente estimaciones modeladas revisadas a nivel mundial, regional y específico por país utilizando los mejores datos epidemiológicos y programáticos disponibles para rastrear la epidemia del VIH. Se requieren estimaciones modeladas porque es imposible contar el número exacto de personas que viven con VIH, personas que se han infectado recientemente con VIH o personas que han muerto por causas relacionadas con el sida en cualquier país: hacerlo requeriría realizar pruebas periódicas del VIH a todas las personas e investigar todas las muertes, que es logísticamente imposible y éticamente problemático. Las estimaciones modeladas, y los límites inferior y superior en torno a estas estimaciones, proporcionan una forma científicamente apropiada de describir los niveles y tendencias de la epidemia del VIH.

## Asociaciones en el desarrollo de métodos para las estimaciones de ONUSIDA

Los equipos de país utilizan un software respaldado por ONUSIDA para desarrollar estimaciones anualmente. Los equipos de país están compuestos principalmente por especialistas en monitoreo y evaluación, oficiales de programas, epidemiólogos, demógrafos y otros del ministerio de salud nacional, organismos nacionales sobre el sida y socios técnicos.

El software utilizado para producir las estimaciones es Spectrum (desarrollado por Avenir Health), con modelos adicionales que interactúan con Spectrum para estimar la incidencia del VIH.<sup>1</sup> El Grupo de

Referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, modelos y proyecciones proporciona orientación técnica sobre el desarrollo del componente de VIH del software.<sup>2</sup>

## Breve descripción de los métodos utilizados por ONUSIDA para crear estimaciones<sup>3</sup>

Para los países donde la transmisión del VIH es lo suficientemente alta como para sostener una epidemia en la población general, los datos epidemiológicos disponibles generalmente consisten en resultados de prevalencia del VIH de mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales y de encuestas poblacionales representativas a nivel nacional. Históricamente, muchos países han llevado a cabo una vigilancia centinela del VIH entre las mujeres que asisten a clínicas prenatales, lo que requiere la recopilación de datos de una selección de clínicas durante algunos meses cada ciertos años. Recientemente, varios países han dejado de realizar la vigilancia centinela entre las mujeres embarazadas y ahora están utilizando los datos de las pruebas de rutina del VIH que se realizan cuando las mujeres embarazadas asisten a las clínicas prenatales y se les hace la prueba del VIH. Estos datos evitan la necesidad de realizar un esfuerzo de vigilancia por separado y proporcionan un conjunto completo de datos de todas las clínicas en todo el país en lugar de muestras de sitios específicos.

<sup>1</sup> Para mayor información sobre Avenir Health visite [www.avenirhealth.org](http://www.avenirhealth.org).

<sup>2</sup> Para más información sobre el Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre Estimaciones, Modelización y Proyecciones, visite [www.epidem.org](http://www.epidem.org).

<sup>3</sup> Un conjunto de artículos que describen los métodos está disponible en un suplemento del 2019 (Volumen 33, Suplemento 3) del journal AIDS: <https://journals.lww.com/aidsonline/toc/2019/12153>. En el 2021 se publicará un suplemento sobre los últimos métodos Journal of the International AIDS Society.

Las tendencias de las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, ya sea mediante vigilancia o datos de rutina, se pueden utilizar para informar estimaciones de las tendencias de prevalencia nacional, mientras que los datos de las encuestas basadas en la población, que se realizan con menos frecuencia pero tienen una cobertura geográfica más amplia y también incluyen a los hombres, son más útiles para informar estimaciones de los niveles nacionales de prevalencia del VIH. Los datos de estas encuestas también contribuyen a estimar los niveles y tendencias de prevalencia e incidencia del VIH por edad y sexo específicos. En el caso de algunos países del África subsahariana que no han realizado encuestas de población, los niveles de prevalencia del VIH se ajustan en función de las comparaciones de la vigilancia clínica prenatal y datos de encuestas poblacionales de otros países de la región. Las tendencias de la prevalencia del VIH y el número de personas que reciben terapia antirretroviral se utilizan para obtener una estimación de las tendencias de la incidencia del VIH.

En los demás países, donde la transmisión del VIH ocurre principalmente entre las poblaciones claves con mayor riesgo de contraer VIH y la epidemia puede describirse como de bajo nivel, las estimaciones se derivan de la vigilancia entre las poblaciones claves y la población general de bajo riesgo, o de datos notificados de casos de VIH, dependiendo de qué datos sean más fiables en un país en particular. En países con datos de vigilancia del VIH de alta calidad entre poblaciones claves, los datos de estudios repetidos de prevalencia del VIH que se enfocan en poblaciones claves se utilizan para derivar estimaciones y tendencias nacionales. Las estimaciones del tamaño de las poblaciones claves se obtienen cada vez más de forma empírica en cada país; cuando los estudios no están disponibles, se derivan con base en valores regionales y consenso entre expertos. Otras fuentes de datos, incluyendo los datos de notificación de casos de VIH, las encuestas poblacionales y la vigilancia entre mujeres embarazadas, se utilizan para estimar la prevalencia del VIH en la población general de bajo riesgo. Las curvas de prevalencia del VIH y el número de personas que reciben terapia antirretroviral se utilizan para derivar las tendencias nacionales de incidencia del VIH.

Para la mayoría de los países de Europa central y occidental y América del Norte, y muchos países de América Latina, el Caribe, Medio Oriente y África del Norte que tienen una vigilancia del VIH o datos de encuestas insuficiente, pero que tienen sistemas sólidos de notificación de

enfermedades: notificación de casos de VIH y los datos de mortalidad relacionada con el sida de los sistemas de registro civil se utilizan para informar las tendencias y los niveles de prevalencia e incidencia del VIH a nivel nacional. Estos métodos también permiten a los países tener en cuenta la evidencia de la notificación insuficiente o las demoras en la notificación de los datos de los informes de casos de VIH, así como la clasificación errónea de las muertes por causas relacionadas con el sida.

En todos los países en los que ONUSIDA apoya el desarrollo de estimaciones, se utilizan proyecciones sobre la eficacia de la ampliación del programa del VIH y los patrones de transmisión del VIH y progresión de la enfermedad para obtener estimaciones específicas por edad y sexo de las personas que viven con VIH, las personas recién infectadas con VIH, personas que mueren por enfermedades relacionadas con el sida y otros indicadores importantes (incluyendo las estadísticas de cobertura del programa de tratamiento). Estas proyecciones se basan en revisiones sistemáticas de la literatura y análisis de datos de estudios sin procesar por expertos científicos. Los datos demográficos de población, incluyendo estimaciones de fertilidad, se derivan de los archivos de datos de Perspectivas de la población mundial 2019 de la División de Población de las Naciones Unidas o de datos de censos recientes.

Algunas aportaciones al modelo, incluyendo la cantidad de personas que reciben terapia antirretroviral y el número de mujeres que acceden a los servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH, se revisan y validan en asociación con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y sus agencias, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y otros socios.

ONUSIDA revisa los archivos finales proporcionados por los países que contienen los resultados modelados para garantizar que los resultados sean comparables entre regiones y países, y a lo largo del tiempo.

En el 2021, 39 países del África subsahariana crearon y utilizaron estimaciones subnacionales. Los métodos para crear estas estimaciones subnacionales se proporcionan en la Parte 4 de este anexo.

## Límites de incertidumbre en torno a las estimaciones de ONUSIDA

El software de estimación calcula los límites de incertidumbre alrededor de cada estimación. Estos límites definen el rango dentro del cual se encuentra el valor real (si puede ser medido). Los límites estrechos indican que una estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican una mayor incertidumbre con respecto a la estimación.

En los países que utilizan datos de vigilancia del VIH, la cantidad y la fuente de los datos disponibles determinan parcialmente la precisión de las estimaciones: países con más datos de vigilancia del VIH tienen rangos más pequeños que los países con menos datos de vigilancia o tamaños de muestra más pequeños. Los países en los que se ha realizado una encuesta nacional basada en la población generalmente tienen rangos más pequeños alrededor de las estimaciones que los países donde no se han realizado dichas encuestas. Los países que producen estimaciones subnacionales a nivel provincial tienen rangos más amplios. En los países que utilizan la notificación de casos de VIH y los datos de mortalidad relacionada con el sida, el número de años de los datos y la magnitud de los casos notificados o las muertes relacionadas con el sida observadas contribuirán a determinar la precisión de la estimación.

Las suposiciones necesarias para llegar a la estimación también contribuyen al alcance de los rangos alrededor de las estimaciones: en resumen, cuanta más suposiciones, más amplio es el rango de incertidumbre, ya que cada suposición introduce incertidumbres adicionales. Por ejemplo, los rangos alrededor de las estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos son más pequeños que los de las estimaciones de la incidencia del VIH entre los niños, que requieren datos adicionales sobre la prevalencia entre las mujeres embarazadas y la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo que tienen su propia incertidumbre adicional.

ONUSIDA confía en que el número real de personas que viven con VIH, personas que están recién infectadas con el VIH o personas que han muerto por causas relacionadas con el sida se encuentran dentro de los rangos informados. Con el tiempo, más y mejores datos de los países reducirán constantemente la incertidumbre.

## Mejoras incluidas en el modelo de estimaciones de ONUSIDA para el 2021

Los equipos de país crean nuevos archivos de Spectrum cada año. Los archivos pueden diferir de un año a otro por dos razones. Primero, se ingresan en el modelo nuevos datos de vigilancia y programas; esto puede cambiar las tendencias de prevalencia e incidencia del VIH a lo largo del tiempo o las tasas de cobertura de la terapia antirretroviral, incluso en años anteriores. En segundo lugar, se incorporan mejoras al modelo basadas en los últimos métodos científicos y estadísticos disponibles, lo que conduce a la creación de tendencias más precisas en la incidencia del VIH. Ocasionalmente, los países también cambiarán la opción de modelado de incidencia dentro de Spectrum, en función de las mejoras en los datos disponibles en el país.

Debido a estas mejoras en el modelo y la adición de nuevos datos para crear las estimaciones, los resultados de años anteriores no se pueden comparar con los resultados de este año. Sin embargo, un conjunto histórico completo de estimaciones se crea anualmente que permiten una descripción de las tendencias a lo largo del tiempo.

Entre las estimaciones del 2020 y 2021, se aplicaron los siguientes cambios al modelo bajo la guía del Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre Estimaciones, Modelado y Proyecciones, y basándose en la evidencia científica más reciente.

### Datos sobre la terapia antirretroviral e interrupciones a causa de COVID-19

En el software de 2021, los equipos eligieron si ingresar los datos de la terapia antirretroviral para el 2020 por año o por mes. Ingresar datos por mes captura las interrupciones debido a los esfuerzos de mitigación a causa del COVID-19. Se alentó a los países a ingresar datos de "Pérdidas durante el seguimiento" (es decir, personas que viven con VIH que están vivas y que habían sido registradas anteriormente en terapia antirretroviral, pero que ya no estaban recibiendo atención) para evitar subestimar los efectos de la interrupción si el número que reciben terapia antirretroviral disminuye pero se asume que la retención en el tratamiento es perfecta.

Efecto: aumento de las estimaciones de muertes relacionadas con el sida debido a las interrupciones de la terapia antirretroviral.

## Modelo de historia natural de adultos

Utilizando los datos de la encuesta de Evaluación del impacto del VIH basada en la población (PHIA) sobre personas que viven con VIH que no reciben tratamiento, el Grupo de referencia de ONUSIDA determinó que Spectrum estaba sobreestimando los recuentos de células CD4 entre las personas que no recibían terapia antirretroviral. Para ajustar esto, se actualizaron varias entradas para ajustarse mejor a los datos de la PHIA:

- La distribución estimada de recuentos de células CD4 al momento de la infección inicial por VIH.
- Tasas de progresión de la enfermedad entre las personas que no reciben tratamiento.
- Tasas de mortalidad relacionadas con el sida que no recibieron terapia antirretroviral.
- El peso relativo que el modelo atribuye a la asignación de terapia antirretroviral a una persona con menor recuento celular CD4 o a cualquier persona elegible para el tratamiento, independientemente de su recuento de CD4.

Como resultado de estos cambios, las personas que viven con VIH que no estaban recibiendo terapia antirretroviral alcanzan un recuento celular CD4 menor antes pero sobreviven más tiempo con un recuento celular CD4 menor.

Efecto: aumento de las estimaciones de muertes relacionadas con el sida a nivel mundial.

## Proporción de incidencia por sexo

Spectrum utiliza una tasa de incidencia para desagregar la incidencia de adultos por sexo. La mayoría de los países con epidemias generalizadas utilizan un patrón predeterminado para describir la tendencia de esta relación, con una mayor incidencia en mujeres que en hombres, y que se establece en un valor fijo a partir de los 20 años de la epidemia en adelante.

Una revisión de los modelos mecanicistas de transmisión del VIH sugirió que la terapia antirretroviral y la ampliación de la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) pueden reducir la incidencia en los hombres más que en las mujeres. Para tener en cuenta esto, Spectrum ahora aumenta la tasa de incidencia de mujeres a hombres en 0.05 por año durante el periodo 2010-2020.

Efecto: Esto aumenta directamente las nuevas infecciones entre las mujeres (alrededor del 10%) e indirectamente aumenta las nuevas infecciones y las muertes relacionadas con el sida en general (~ 1%) a través de mayor transmisión de madre a hijo y cambios en la cobertura de la terapia antirretroviral para los adultos.

## Reducción de la transmisión con la terapia antirretroviral

Spectrum asumió anteriormente que la terapia antirretroviral reduce la incidencia del VIH en un 0.7% por punto porcentual de aumento en la cobertura del tratamiento. El valor de este parámetro ahora se ha incrementado del 0.7% al 0.8% según una revisión de las calibraciones recientes de la epidemia de VIH de los modelos mecanicistas de transmisión del VIH y la evidencia de los ensayos Universal Test and Treat.

Efecto: la incidencia del VIH será menor a medida que aumente la cobertura de la terapia antirretroviral. El efecto de este cambio puede ser mayor en países, y en años, sin datos sólidos sobre la prevalencia del VIH.

## Interrupción del tratamiento

Anteriormente en el modelo, las personas que interrumpieron la terapia antirretroviral regresaron a su categoría de recuento de CD4 inicial cuando abandonaron el tratamiento. Basado en una revisión de la literatura sobre interrupción del tratamiento, Spectrum ahora asume que las personas están en una categoría de CD4 más alta después de la interrupción del tratamiento que su categoría previa al tratamiento. Esto solo se aplica a los pacientes que recibieron terapia antirretroviral durante más de 12 meses antes de la interrupción.

Efecto: El impacto de este cambio dependerá de si el equipo de país ha ingresado la información sobre la pérdida del seguimiento. Los países que asumen una retención anual del 100% no verán cambios. Los países que informaron una retención más baja pueden ver menos muertes con este cambio en comparación con sus estimaciones del 2020.

## Mortalidad pediátrica en la terapia antirretroviral

Las suposiciones sobre las tasas de mortalidad entre los niños que reciben terapia antirretroviral se basan en datos de la red leDEA sobre los centros de tratamiento. Una revisión reciente de sus datos sobre la mortalidad entre los niños en tratamiento ha proporcionado datos actualizados para el África subsahariana, América Latina, el Caribe y Asia y el Pacífico. El análisis considera la edad, los CD4 al inicio, la duración del tratamiento y la región. El análisis actualizado sugiere que entre los niños que reciben terapia antirretroviral, la mortalidad ha disminuido con el tiempo: un niño en terapia antirretroviral en el 2010 tenía más probabilidades de morir que un niño en tratamiento en el 2018. Las tasas de mortalidad para un recuento de CD4 dado y la duración del tiempo en terapia antirretroviral son más bajas que en versiones anteriores de Spectrum, pero estas tasas más bajas se compensan con mayor mortalidad relativa en años anteriores en comparación con las entradas de Spectrum del 2020.

Efecto: pocos cambios en las muertes pediátricas por VIH

## Fertilidad entre mujeres que viven con VIH

Se han actualizado las proyecciones sobre cómo el VIH afecta la fertilidad. Estas actualizaciones reflejan cambios en los niveles estimados de CD4 de todas las mujeres, basándose en los cambios en el modelo de historia natural adulta (discutido anteriormente). Además de las proyecciones revisadas de la historia natural, las estimaciones del efecto de la fertilidad relacionado con el VIH se han actualizado para incluir nuevos datos de encuestas de hogares que están disponibles desde el último análisis en el 2018.

Efecto: Las nuevas infecciones infantiles pueden aumentar, especialmente en países sin datos de pruebas de atención prenatal rutinarias que se utilizan para ajustar la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas.

## Prácticas sobre la lactancia materna

El modelo de Spectrum de duración de la lactancia materna en el África subsahariana se ha actualizado con la incorporación de tres nuevas encuestas. Además, se eliminaron los datos de todas las encuestas PHIA, excepto las encuestas del 2015 de Malawi, Zambia y Zimbabwe. Las encuestas PHIA realizadas después de estas tres primeras encuestas subestimaron la duración de la lactancia debido a un cambio en el cuestionario.

Efecto: Pequeños cambios en las nuevas infecciones infantiles en general, pero algunos países de África oriental pueden ver que las estimaciones de nuevas infecciones infantiles aumentan entre un 10% y un 15%

## Cambios para los países que utilizan datos de vigilancia de casos en sus modelos

Hubo dos cambios metodológicos en el modelo de Vigilancia de Casos y Registro Vital. La especificación de probabilidad para la distribución del número de nuevas infecciones por VIH y muertes relacionadas con el sida se cambió de una distribución gaussiana inversa a una distribución gamma.

Efecto: Límites de incertidumbre más estrechos.

La tasa de incidencia más adecuada se ha ajustado para permitir tasas de sexo y de edad que varían en el tiempo. La incidencia y las tasas se calculan ahora simultáneamente.

Efecto: el modelo será más flexible, pero los procedimientos de ajuste serán más lentos cuando el ajuste de la tasa de incidencia esté habilitado



Crédito: ONUSIDA

### Modelo de la epidemia del sida

El modelo de la epidemia del sida (AEM) es, entre otras cosas, un modelo que estima las tendencias de incidencia en países con datos de alta calidad sobre las poblaciones claves. Si bien se ha utilizado para calcular la incidencia de adultos que se utiliza posteriormente en Spectrum, no capturaba algunos de los cálculos complejos (por ejemplo, por edad, sexo y estrato del recuento de CD4) que tenían lugar en Spectrum, lo que generaba inconsistencias. Para alinear los dos modelos, se han realizado siete actualizaciones importantes en AEM:

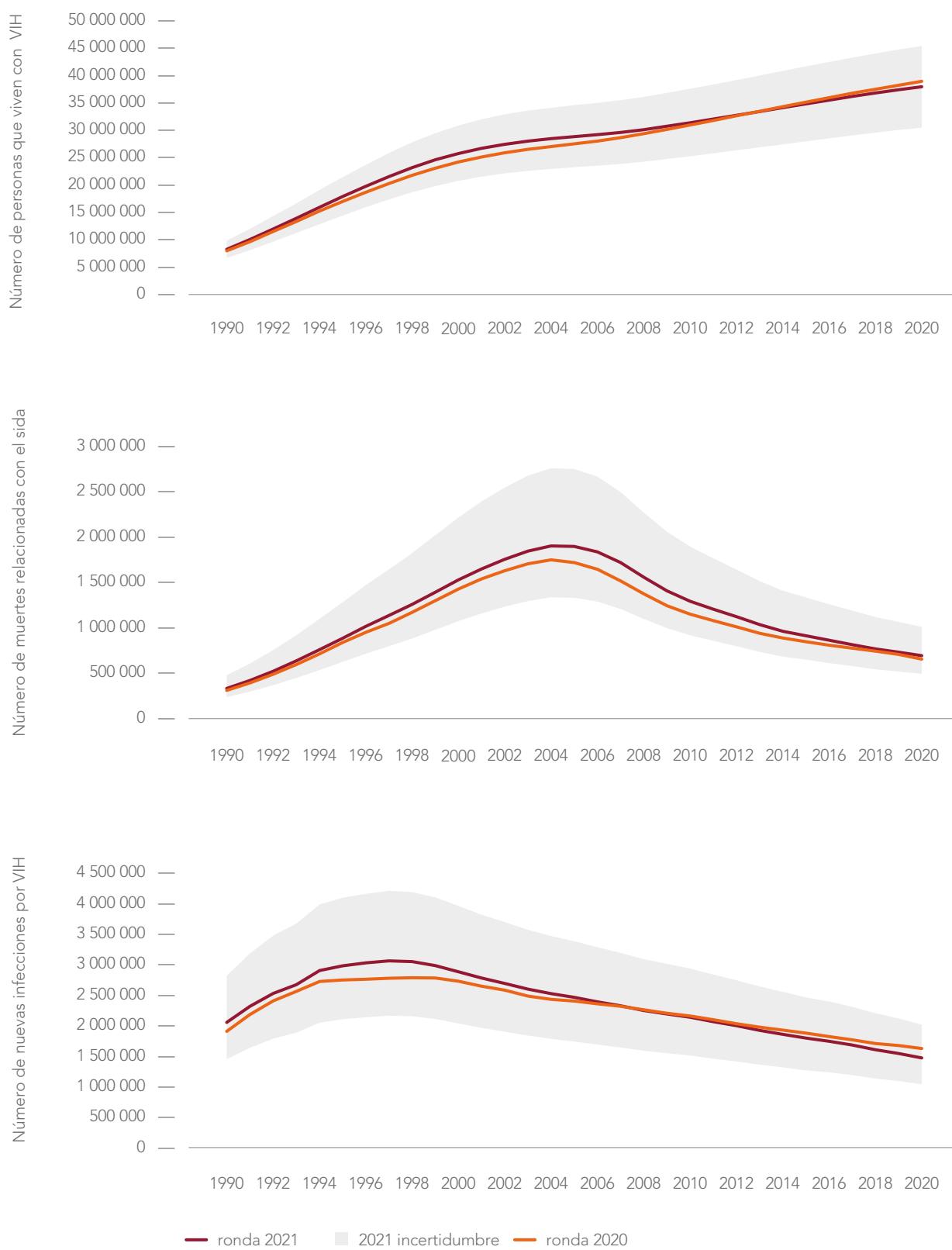
- Construido sobre la edad, sexo y mortalidad de CD4 que varían en el tiempo, la progresión y la distribución por CD4 de las nuevas infecciones con el fin de alinearse con las proyecciones de Spectrum.
- Se utilizó la mortalidad por todas las causas de fondo generada por Spectrum en AEM.
- Se han añadido otros cambios de Spectrum en la mortalidad al código AEM.
- Disminución de la mortalidad sin tratamiento antirretroviral a medida que aumenta la cobertura del tratamiento antirretroviral.

- Se agregaron multiplicadores de mortalidad durante la terapia antirretroviral que reflejan los cambios en la efectividad de la terapia antirretroviral a lo largo del tiempo.
- La terapia antirretroviral se asigna a las personas en función de una probabilidad ponderada de muerte y la elegibilidad para el tratamiento.
- AEM refinado para hacer todos los cálculos de mortalidad por sexo.

Efecto: estas modificaciones eliminarán la necesidad de modificar las proyecciones y los datos en los archivos de Spectrum para que coincidan con los resultados de AEM.

La figura 21.01 (abajo) presenta el impacto de todos los cambios anteriores en las estimaciones. A nivel global, las tendencias en las nuevas infecciones por VIH, las muertes relacionadas con el sida y las personas que viven con VIH son similares a las de la ronda 2020, aunque hay cambios dentro de las regiones.

FIGURA 21.01 | COMPARACIÓN DE LAS ESTIMACIONES DE ONUSIDA DEL 2020 A 2021: INFECCIONES NUEVAS POR VIH, MUERTE RELACIONADAS CON EL SIDA Y PERSONAS QUE VIVEN CON VIH, MUNDIAL, 2000-2019



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 y 2021.

## Publicación de estimaciones específicas por país

ONUSIDA tiene como objetivo publicar estimaciones para todos los países con poblaciones de 250 000 o más (según la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial 2019). Para los países con poblaciones de 250 000 o más que no presentaron estimaciones, ONUSIDA desarrolló estimaciones utilizando el software Spectrum, basado en información publicada o disponible de otro modo. Estas estimaciones contribuyeron a los totales regionales y globales, pero no se publicaron como estimaciones específicas por país.

En países con epidemias de bajo nivel, es difícil estimar el número de mujeres embarazadas que viven con VIH. Muchas mujeres que viven con VIH en estos países son trabajadoras sexuales o personas que consumen drogas, o son parejas sexuales de personas que consumen drogas o de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o trabajadores sexuales, lo que las hace propensas a tener niveles de fertilidad diferentes en comparación con la población general. ONUSIDA no presenta estimaciones de la transmisión del VIH de madre a hijo, incluyendo estimaciones relacionadas con los niños en algunos países que han concentrado epidemias, a menos que se disponga de datos adecuados para validar estas estimaciones. ONUSIDA tampoco publica estimaciones relacionadas con los niños para países donde el número estimado de mujeres

embarazadas que viven con VIH es inferior a 50.

Con respecto a la notificación de las tendencias de incidencia, si no hay suficientes datos históricos para afirmar con seguridad si se ha producido una disminución en la incidencia, ONUSIDA solo publicará los datos del año más reciente. Esto se hace para evitar que los usuarios hagan inferencias inexactas sobre las tendencias. Específicamente, las tendencias de incidencia no se publican si hay menos de cuatro puntos de datos para la población clave, o si no ha habido datos en los últimos cuatro años para los países que utilizan datos de pruebas de rutina o encuestas repetidas. Las tendencias anteriores al 2000 no se publican para los países que utilizan modelos de vigilancia de casos si no se dispone de datos de mortalidad o vigilancia de casos anteriores.

Por último, ONUSIDA no publica estimaciones de países cuando se necesitan más datos o análisis para producir estimaciones justificables. Para mayor información sobre las estimaciones de ONUSIDA y los archivos individuales de Spectrum para la mayoría de los países visite el sitio web de ONUSIDA ([www.UNAIDS.org](http://www.UNAIDS.org)). Los datos de las estimaciones se pueden encontrar en la sección de AIDSinfo del sitio web de ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>).

# MÉTODOS PARA OBTENER LOS OBJETIVOS 90–90–90

## Introducción

Desde el 2015, ONUSIDA ha informado estimaciones del progreso global, regional y específico por país con respecto a los objetivos 90–90–90. El progreso hacia estos objetivos se monitorea usando tres indicadores básicos

- Indicador 1 (el primer 90): porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estatus de VIH.
- Indicador 2 (el segundo 90): porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estatus y tienen acceso al tratamiento.
- Indicador 3 (el tercer 90): porcentaje de personas que viven con VIH en tratamiento que están suprimidas viralmente.

Los indicadores 2 y 3 también se pueden expresar como un porcentaje de todas las personas que viven con VIH. Cuando los números o la cobertura del objetivo de tratamiento se expresan en relación con el número total de personas que viven con VIH, esto se denomina “la cascada de pruebas y tratamiento del VIH”. Las estimaciones anuales de la cobertura de la terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH están disponibles desde el momento en que se introdujo el tratamiento por primera vez en los países.

## Fuentes de datos para la elaboración de medidas por país

El progreso a nivel de país con respecto a los objetivos 90–90–90 se elaboró utilizando datos reportados de Spectrum y la herramienta de Monitoreo Global del SIDA. Las estimaciones se publican para todas las personas y por separado para niños (0 a 14 años) y adultos (15 años en adelante, por sexo). Los rangos superior e inferior de incertidumbre de las estimaciones a nivel de país se calcularon a partir del rango de números estimados de las personas que viven con VIH. Es posible que este rango no capture completamente la incertidumbre en las estimaciones informadas.

Se proporciona una descripción de los indicadores relacionados con los objetivos sobre los que informan los países en las directrices de monitoreo mundial del sida de ONUSIDA 2021 (1). Las fuentes de datos también se describen brevemente. En el Cuadro 21.1 se proporciona un resumen del número de países que informan públicamente sobre cada medida, organizado por región.

**TABLA 21.1 | DISPONIBILIDAD DE DATOS PARA ELABORAR MEDIDAS DE PROGRESO DE ONUSIDA CONTRA LOS OBJETIVOS 90-90-90, 2015-2020**

Número		Asia y el Pacífico	Caribe	África oriental y meridional	Europa oriental y Asia central	América Latina	MEDIO ORIENTE y África del Norte	África occidental y central	Europa occidental y central y América del Norte	Mundial
Países	2020	38	16	21	16	17	20	25	39	193
Países estimaciones mundiales de ONUSIDA	2020	28	10	20	16	17	20	25	36	172
Países con datos disponibles públicamente sobre estimaciones de personas que viven con VIH	2020	21	9	20	12	17	16	25	15	133
Países con datos públicamente disponibles conocimiento Sobre conocimiento del estatus de VIH	2015	8	6	18	9	5	7	22	15	90
	2016	10	6	19	9	7	7	22	19	90
	2017	11	6	19	9	8	7	22	23	105
	2018	11	6	19	10	9	8	22	19	104
	2019	11	6	20	10	10	7	23	6	93
	2020	18	8	20	12	13	14	25	6	116
Países con datos públicamente Disponibles sobre tratamiento	2015	22	9	20	15	17	17	24	20	144
	2016	22	9	20	13	17	17	24	19	141
	2017	23	9	20	14	17	18	24	17	142
	2018	21	9	20	13	16	16	24	14	133
	2019	18	7	20	12	15	13	24	9	118
	2020	26	10	20	15	17	20	25	16	150
Países con datos públicamente disponibles de personas Viralmente suprimidas	2015	6	2	3	6	4	3	1	4	29
	2016	6	4	8	6	8	4	2	8	46
	2017	7	6	6	9	10	6	3	7	54
	2018	8	8	14	9	9	7	7	8	70
	2019	9	7	18	12	7	6	6	5	70
	2020	11	8	15	11	10	5	7	6	73

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2016–2021.

El conjunto final de medidas de progreso de los países en relación con los objetivos 90–90–90 para el período de 2015 a 2020 está disponible en <http://aidsinfo.unaids.org>. No todos los países pudieron informar sobre las tres partes de los objetivos 90–90–90: se publican cascadas de tratamiento completas para 60 países, las mismas que en la ronda anterior.

## Estimaciones de las personas que viven con VIH

Todas las medidas de progreso en este informe se basan en las estimaciones modeladas de Spectrum de datos globales, regionales y específicos por país de ONUSIDA. del número de personas que viven con VIH. Las estimaciones de personas que viven con VIH se desarrollan para todos los países con poblaciones superiores a 250 000. En la Parte 1 de este anexo se pueden encontrar más detalles sobre cómo ONUSIDA obtiene estimaciones y límites de incertidumbre en torno al número de personas que viven con VIH.

Las estimaciones de personas que vivían con VIH en el 2020 estaban disponibles para 172 de 194 países y territorios, y se publicaron para 133. Las estimaciones por países publicadas de personas que viven con VIH (disponibles en <http://aidsinfo.unaids.org>) representan el 88% del número total mundial estimado de personas que viven con VIH en el 2020.

## Conocimiento del estatus de VIH de las personas que viven con VIH

Las estimaciones del número de personas que viven con VIH que conocen su estatus se obtuvieron utilizando la vigilancia del VIH más reciente, los datos del programa y la población representativa a nivel nacional basada en los datos de las encuestas. Cuando los datos estaban disponibles por separado para niños (0 a 14 años) y adultos (15 años o más, por sexo), las medidas específicas por edad y sexo se calcularon primero y luego se agregaron para producir una medida nacional.

Para países fuera de África oriental y meridional y África occidental y central, las estimaciones publicadas del número de personas que viven con VIH que conocían su estado serológico se basan en datos de notificación de casos de vigilancia del VIH, registros del programa o estimaciones modeladas derivadas de datos de vigilancia de casos. Si la estimación de estas fuentes era menor que el número de personas que acceden a la terapia antirretroviral, el valor informado fue excluido. En el caso de los países que utilizan datos de programas o vigilancia del VIH, un país debería haber incluido esta medida solo si el sistema de vigilancia del VIH había estado funcionando desde al menos el 2015 y se eliminan las personas que han fallecido, emigrado o se han perdido durante el seguimiento.

Aunque los sistemas de vigilancia del VIH, incluyendo los que se basan en registros de

programas, pueden ser una fuente de datos sólida para estimar el número de personas que viven con VIH que conocen su estatus, aún pueden existir sesgos en los números informados. Por ejemplo, la medida de un país sobre el conocimiento del estatus puede subestimarse si no todas las personas diagnosticadas se informan al sistema de vigilancia de manera oportuna. La medida también puede sobreestimarse si las personas se informan al sistema o se incluyen en un registro más de una vez y estos duplicados no se detectan. De manera similar, si las personas mueren o emigran pero no son eliminadas del sistema, también se exagerará la cantidad de personas que viven con VIH que, según se informa, conocen su estatus serológico.

Para la mayoría de los países de África oriental y meridional y de África occidental y central, las estimaciones del número de personas que viven con VIH que conocían su estatus se obtuvieron mediante Shiny90, un modelo matemático respaldado por ONUSIDA. Este modelo utiliza datos del programa de servicios de pruebas del VIH y encuestas basadas en la población, junto con los parámetros de la epidemia del VIH específicos del país del modelo estándar de Spectrum de ONUSIDA, para producir resultados de conocimiento sobre el estatus del VIH para adultos, por sexo. Mayor información (2).

El conocimiento del estatus serológico del modelo Shiny90 para África oriental, meridional y occidental y África central tiene varias fortalezas en comparación con otros enfoques que se basan directamente en datos de encuestas de población y datos de cobertura de tratamiento del programa. Lo más importante es que el modelo Shiny90 utiliza datos de encuestas de población para estimar la proporción de personas que viven con VIH que informan haberse realizado alguna vez una prueba del VIH que conocen su estatus serológico y aquellos que probablemente son seroconvertidos después de su última prueba de VIH negativa. Esta distinción se basa en la tendencia de incidencia nacional calculada en Spectrum y es consistente con las estimaciones nacionales publicadas de la prevalencia del VIH y la cobertura de la terapia antirretroviral informada. La herramienta Shiny90 también utiliza proyecciones de Spectrum y los datos de la encuesta de población para estimar el conocimiento del estatus por sexo y edad, asumiendo que las proporciones de prueba entre hombres y mujeres se han mantenido relativamente constantes a lo largo del tiempo. Las estimaciones del conocimiento del estatus también están disponibles desde el 2010.



Crédit : ONUSIDA

Una limitación importante del modelo, similar a otros enfoques de estimación, es que la precaución debe ser utilizada para interpretar los resultados en casos en que la última encuesta basada en la población se realizó hace más de cinco años, o si existen preocupaciones sobre la precisión del historial de pruebas auto informado en la encuesta. Los países pueden incluir datos de pruebas del VIH de los programas de VIH para mejorar las tendencias en años en los que no se dispone de datos de encuestas de población. Otra limitación es que los resultados del modelo son solo para personas de 15 años o más. ONUSIDA sigue recomendando que los países calculen de forma conservadora el conocimiento del estatus de los niños como la proporción de niños que viven con VIH que reciben tratamiento (a menos que se disponga de otra información de los datos de vigilancia de casos).

### **Personas que acceden a la terapia antirretroviral**

Las medidas mundiales y regionales de las cifras de terapia antirretroviral se extraen de los datos de los programas notificados por los países a través del software Spectrum, que cuenta con el apoyo de ONUSIDA, y la herramienta de presentación de informes de Monitoreo Global del SIDA. En la ronda de 2021, 148 países informaron públicamente las cifras de tratamiento, y entre el 2015 y 2020, 150 países tenían al menos una estimación disponible públicamente de la cantidad de personas en tratamiento (que representa el 95% de todas las

personas en tratamiento). Para el pequeño número de países donde el número informado de personas en tratamiento no está disponible en años seleccionados, principalmente en Europa occidental y central.

y América del Norte, y en Japón y la República de Corea: las estimaciones del número de personas en tratamiento se desarrollan en consulta con la agencia de salud pública responsable de monitorear el programa nacional de tratamiento o en base a fuentes publicadas y no publicadas.

En asociación con UNICEF, OMS, PEPFAR y sus agencias, el Fondo Mundial y otros socios que apoyan la prestación de servicios de tratamiento en los países, ONUSIDA revisa y valida anualmente las cifras de tratamiento que los países han informado a ONUSIDA a través del Monitoreo Global del SIDA y Spectrum. El personal de ONUSIDA también brinda asistencia técnica y capacitación a los funcionarios clínicos y de salud pública del país para garantizar la calidad de los datos de tratamiento notificados. Sin embargo, esta medida puede sobreestimar el número de personas en tratamiento si ambas instalaciones informan sobre las personas que se transfieren de un centro a otro. Igualmente, la cobertura puede sobreestimarse si las personas que han fallecido, que han dejado de recibir atención o han emigrado no están identificadas y están eliminadas de los registros de tratamiento. Los números de tratamiento también pueden subestimarse si no todas las clínicas informan los números de tratamiento de manera completa u oportuna.

Desde principios del 2017, ONUSIDA y otros socios internacionales han apoyado a países, principalmente en África subsahariana, a verificar que el número de personas que, según se informa, reciben tratamiento en la actualidad, es exacto. Esta actividad, sin embargo, no se ha realizado durante la pandemia de COVID-19.

### Personas que han logrado la supresión viral

El progreso hacia el objetivo de supresión viral entre las personas en tratamiento y como proporción de todas las personas que viven con VIH se obtuvo a partir de los datos informados en Spectrum y a través de la herramienta de informes de Monitoreo Global del SIDA en línea. Para los efectos de la notificación, el umbral de supresión es una carga viral de menos de 1000 copias por ml. Algunos países pueden establecer umbrales más bajos o exigir que las personas alcancen una carga viral indetectable, y cuando un país informa sobre estos umbrales más bajos, una estimación del número de personas que habrían sido suprimidas a 1000 copias por ml se agrega al número informado a ser suprimido en el umbral inferior. La guía de Monitoreo Global del SIDA describe este ajuste con más detalle. Esta guía también especifica que solo se debe enviar el último resultado de la prueba de una persona del año del informe, por lo que el número informado suprimido entre los examinados debe representar a las personas y no a las pruebas realizadas.<sup>4</sup>

Las directrices de ONUSIDA para el seguimiento mundial del sida se revisaron en el 2019 para clarificar que los países deben informar los resultados de la supresión de la carga viral, independientemente de la cobertura de las pruebas. Sin embargo, los resultados de las pruebas de carga viral solo se publicarán en los países donde se evalúa que el acceso a las pruebas es representativo a nivel nacional de todas las personas en tratamiento (por lo general, una cobertura de pruebas del 50% o más). La tabla 21.1 muestra el número de países que pueden informar sobre la supresión de la carga viral en comparación con años anteriores. Para el 2015, solo 29 países tenían estimaciones confiables; 107 países pudieron notificar datos para el 2020. Algunos países tuvieron una cobertura de pruebas de carga viral más baja para el 2020 en comparación con el 2019, presumiblemente debido a la pandemia de COVID-19 y los efectos de mitigación relacionados. En algunos países, hay un retraso más

largo de lo habitual en la notificación de las pruebas de supresión viral.

Para los países con acceso nacionalmente representativo pero no universal a las pruebas de supresión viral, la estimación de la supresión viral entre los examinados (es decir, el tercer 90) se multiplicó por el número de personas en tratamiento para obtener niveles generales de supresión viral en el país.

Existen varios desafíos en el uso de datos notificados por los países para monitorear el objetivo de supresión de la carga viral. En primer lugar, es posible que no se ofrezcan pruebas de carga viral de rutina en todos los centros de tratamiento, y los centros que sí las ofrecen pueden no ser representativos de la atención disponible en los centros sin pruebas de carga viral. Dado que no es posible conocer con certeza la supresión en la población sin realizarse pruebas, asumimos que el porcentaje de personas suprimidas entre las que acceden a las pruebas de carga viral es representativo de todas las personas en tratamiento.

Otro desafío en la medición de la precisión de las estimaciones de supresión de la carga viral es que la guía de ONUSIDA solicita los resultados de las pruebas de carga viral anuales de rutina solo para las personas que están en tratamiento y son elegible para la prueba. Si las personas que han iniciado el tratamiento recientemente logran la supresión viral pero aún no se les ha ofrecido la prueba de carga viral, se contarán incorrectamente como no suprimidas y se subestimarán la estimación de supresión viral resultante. ONUSIDA también solicita a los países que solo informen los resultados de las pruebas de carga viral de rutina: si los países informan los resultados de las pruebas realizadas principalmente debido a la sospecha de fracaso del tratamiento, el número de personas con supresión viral en estos países serán subestimados. ONUSIDA valida la calidad de las presentaciones de los países, pero no siempre es posible identificar casos en los que se realicen tanto pruebas de rutina como de otro tipo.

Por último, la guía de ONUSIDA recomienda informar los resultados de las pruebas de carga viral solo para las personas que reciben terapia antirretroviral; las personas que no están en tratamiento y que suprimen naturalmente el virus no se incluirán en esta medida.

<sup>4</sup> Guía de ONUSIDA 2020 Vigilancia Mundial del SIDA 2021: Indicadores para el seguimiento La Declaración política de 2016 sobre la erradicación del SIDA está disponible en [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf)

## Métodos para elaborar el objetivo de tratamiento 90–90–90 a nivel regional y mundial

Todos los datos del programa enviados a ONUSIDA fueron validados por ONUSIDA y sus socios antes de su publicación. Los datos presentados por el país que no cumplieron con los controles de validación requeridos para la calidad, ya sea a nivel de indicador o en toda la cascada de tratamiento, no se incluyeron en las medidas regionales o globales compuestas.

Para estimar el progreso regional y mundial con respecto a los objetivos 90–90–90, ONUSIDA imputó los datos de países faltantes para el primer y tercer objetivo 90 utilizando un modelo jerárquico bayesiano basado en tendencias regionales (o cuando las tendencias regionales son escasas, tendencias mundiales), diferencias de sexo y datos específicos por país para aquellos países que notifican datos de algunos años, pero no de todos. El modelo bayesiano también proporciona límites de incertidumbre. Las estimaciones están disponibles por sexo para adultos de 15 años o más del 2015 al 2020.

Como en años anteriores, los resultados del progreso mundial y regional hacia los objetivos 90–90–90 que se presentan en este informe reemplazan todas las estimaciones publicadas anteriormente. Los detalles adicionales sobre el enfoque de modelado están disponibles en otra parte (4).

La proporción de estimaciones del conocimiento del estatus y la supresión de la carga viral imputadas por región del 2015 al 2020 para tener en cuenta los países con datos faltantes se muestra en la Tabla 21.2 (a continuación). Debido a las grandes diferencias en la proporción de personas con supresión viral en Europa occidental y central y los Estados Unidos de América para los años en los que se disponía de datos, las estimaciones subregionales se calcularon por separado para América del Norte y Europa occidental y central, y luego se combinaron para estimar los resultados regionales de Europa occidental y central y América del Norte en general. Se proporcionan rangos superior e inferior de incertidumbre en torno a las estimaciones mundiales y regionales de la cascada de pruebas y tratamiento del VIH que reflejan la incertidumbre en el número de personas que viven con VIH y la incertidumbre (a partir de los datos del país que faltan) en el número de personas que conocen su estatus serológico y el número de

personas que están reprimidas viralmente. Según los informes de las revisiones de la calidad de los datos hasta el 2019, se agregó la incertidumbre de la posible notificación excesiva o insuficiente de los números de tratamiento a los límites de la cobertura del tratamiento entre las personas que viven con VIH y el segundo y tercer 90. Los rangos de incertidumbre superior e inferior para

los 90 no capturan la incertidumbre en los datos del programa notificados o faltantes sobre la cantidad de personas que conocen su estatus serológico o la cantidad de personas en tratamiento que están suprimidas viralmente.

En el informe de este año, ONUSIDA ha utilizado una nueva forma de presentar la situación a través de la cascada en barras apiladas. Del 100% de las personas adultas que viven con VIH, las proporciones en cada una de las siguientes categorías se agregaron en barras apiladas:

- La parte más baja son aquellas que están suprimidas viralmente en tratamiento.
- La siguiente parte son aquellos que no están suprimidos viralmente pero están en tratamiento, calculado como el producto del número de personas que viven con VIH y la diferencia entre la proporción suprimida viralmente y la proporción en tratamiento.
- La siguiente parte son los que conocen su estatus pero no están en tratamiento, calculados como el producto del número total de personas que viven con VIH y la diferencia entre la proporción que conoce su estatus y las que reciben tratamiento.
- En la parte superior están las personas que viven con VIH y que han adquirido la infección en los últimos seis meses, calculadas como el número de nuevas infecciones por VIH entre adultos dividido entre dos.
- La proporción inmediatamente inferior a ella son los que han estado infectados durante más de seis meses y aún no conocen su estatus. Esta proporción se calcula como la diferencia entre las personas que viven con VIH que conocen su estatus, el producto del número de personas que viven con VIH y una proporción menor que conocen su estatus, y el número de personas infectadas en los últimos seis meses.

**TABLA 21.2 | PROPORCIÓN DE DATOS IMPUTADOS DEL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH QUE CONOCEN SU ESTATUS Y EL NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN TRATAMIENTO QUE ESTÁN VIRALMENTE SUPRIMIDAS, 2015-2020**

		Asia y el Pacífico	Caribe	África oriental y Meridional	Europa oriental y Asia central	América Latina	MEDIO ORIENTE y África del Norte	Afrique occidentale et centrale	Europa occidental y central y América del Norte	Mundial
Estimaciones de personas que viven con VIH Dónde conocimiento de estatus es imputado (%)	2015	84	15	0	8	27	29	0	30	17
	2016	83	15	0	8	23	30	0	13	16
	2017	23	15	0	7	19	31	0	29	7
	2018	49	15	0	6	13	27	0	39	11
	2019	79	16	0	2	58	34	0	97	21
	2020	11	5	0	3	59	17	0	98	11

Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2016-2021.

Una limitación principal que surge de la disponibilidad incompleta de las estimaciones de los países es que es difícil cuantificar hasta qué punto el progreso en los países que notificaron datos a ONUSIDA es similar al de los países de la región que no tienen datos. Esto es particularmente cierto para las estimaciones de supresión de la carga viral, donde los datos reportados en algunas regiones, especialmente

en el 2015 y 2016, son limitados. Por ejemplo, la cobertura de las pruebas de carga viral en África occidental y central fue especialmente baja entre el 2015 y 2017, y la mayoría de las estimaciones se derivaron de los países que proporcionaron datos en el 2018 y 2019. En Asia y el Pacífico, las estimaciones de supresión de la carga viral a nivel nacional no están disponibles para ningún año en la India y ni antes del 2018 en China.

# DATOS SOBRE LAS POBLACIONES CLAVES

## Distribución de nuevas infecciones por VIH por subpoblación

La distribución de las nuevas infecciones por VIH entre las subpoblaciones a nivel mundial y por región se estimó sobre la base de datos de 175 países utilizando cuatro fuentes de datos.

El número subyacente de nuevas infecciones para cada país se calcula con Spectrum. Se utilizan nuevas infecciones entre hombres y mujeres de 15 a 49 años.

Para los países que modelan su epidemia de VIH basándose en datos de subpoblaciones, incluyendo las poblaciones claves, el número de nuevas infecciones se extrae de los archivos de Spectrum del 2020. Esta fuente proporcionó datos sobre trabajadores sexuales de 51 países, personas que se inyectan drogas de 36 países, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de 64 países, y personas transgénero de 25 países (todos ubicados en América Latina, el Caribe, Europa central y occidental y América del Norte, y Asia y el Pacífico).

Los informes del modelo de patrón de incidencia estaban disponibles para 15 países (Botsuana, Camerún, Suazilandia, Etiopía, Ghana, Haití, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, la República Unida de Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe) y proporcionaron información sobre distribuciones de nuevas infecciones para sus respectivas regiones.

Las nuevas infecciones por el VIH para los países de Europa central y occidental se derivaron del informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y la Oficina Regional de la OMS para Europa sobre vigilancia del VIH/SIDA en Europa 2020 (datos del 2019) (5). Las proporciones de nuevos diagnósticos para cada región de Europa (occidental, central y oriental) se aplicaron a las estimaciones de ONUSIDA de nuevas infecciones en cada país para personas que se inyectan drogas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen

relaciones sexuales con hombres y personas transgénero. Los datos de las trabajadoras sexuales no estaban disponibles en el informe del ECDC. Las nuevas infecciones por VIH en China, India, Federación de Rusia y Estados Unidos se eliminaron de los informes nacionales disponibles más recientes sobre nuevos diagnósticos u otras fuentes publicadas.

Las nuevas infecciones por VIH entre países sin una fuente directa de datos se calcularon a partir de parámetros regionales. Los criterios de referencia se establecieron por la mediana de la proporción de nuevas infecciones en la subpoblación específica de todos los países disponibles de la misma región. La mayoría de estos países se encontraban en el África subsahariana. Hubo 56 países que utilizaron valores de referencia para la estimación de los trabajadores sexuales, 85 países para la estimación de las personas que se inyectan drogas, 56 países para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, y 144 países para la estimación de las personas transgénero.

Se estimaron nuevas infecciones entre parejas sexuales de poblaciones claves utilizando el número de parejas sexuales y las probabilidades de transmisión de la literatura. Estos incluyen parejas sexuales que no se inyectan de personas que se inyectan drogas, parejas sexuales femeninas de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, cónyuges/parejas sexuales constantes de trabajadores sexuales, clientes de trabajadores sexuales y los cónyuges/parejas sexuales estables de clientes.

## Calidad de las estimaciones del tamaño de la población

Las estimaciones del tamaño de la población se utilizan para calcular los riesgos relativos presentados en este informe. El sistema Mundial de Vigilancia del SIDA recopila estimaciones

del tamaño de la población. Algunas de las estimaciones de tamaño presentadas se consideran subnacionales y ONUSIDA utiliza medios regionales de las proporciones de población de las estimaciones de tamaño presentadas para completar la información faltante o extrapolar de las estimaciones subnacionales.

Las secciones regionales de este informe incluyen tablas sobre el tamaño estimado de las poblaciones claves. Estos datos se basan en valores informados a través del Monitoreo Mundial del SIDA de los años 2019, 2020 y 2021. Durante estas rondas de informes se realizó una revisión exhaustiva de los datos y, por lo tanto, las estimaciones no deben compararse con los datos presentados en informes anteriores de ONUSIDA. Como resultado de este proceso, las estimaciones informadas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- “Estimación nacional del tamaño de la población” se refiere a estimaciones que se derivan empíricamente utilizando uno de los siguientes métodos: multiplicador, captura-recaptura, mapeo/enumeración, método de ampliación de la red (NSUM) o encuesta basada en la población, o muestreo guiado por los encuestados- muestreo sucesivo (RDS-SS). Las estimaciones debían ser nacionales o de una combinación de múltiples sitios con un enfoque claro para extrapolar a una estimación nacional.

■ “Estimación del tamaño de la población local” se refiere a estimaciones que se derivan empíricamente utilizando uno de los métodos mencionados anteriormente, pero sólo para un grupo subnacional de sitios que son insuficientes para la extrapolación nacional.

■ “Datos insuficientes” se refiere a estimaciones derivadas de opiniones de expertos, Delphi, sabiduría de multitudes, resultados programáticos o registro, parámetros regionales o métodos desconocidos, o estimaciones derivadas antes del 2016. Las estimaciones pueden ser o no nacionales. combinación de múltiples sitios con un enfoque claro para extrapolar a una estimación nacional.

# ESTIMACIONES SUBNACIONALES DEL VIH PARA EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

Se generaron estimaciones subnacionales del VIH para 38 países del África subsahariana y Haití en el Caribe utilizando el modelo Naomi (Tabla 21.3). El indicador que se muestra en la Figura 1.3 es la incidencia del VIH entre las mujeres de 15 a 24 años por nivel subnacional.

**MODELO NAOMI:** Este modelo utiliza una estimación de área pequeña para modelar conjuntamente la prevalencia del VIH y las personas que viven con VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH. El modelo combina datos a nivel subnacional sobre múltiples resultados de varias fuentes en un modelo estadístico Bayesiano. El mismo utiliza datos de encuestas nacionales de población y datos sobre la prestación de servicios de pruebas clínicas prenatales y terapia antirretroviral para proporcionar indicadores sólidos de la carga del VIH a nivel subnacional. También proporciona estimaciones y rangos de incertidumbre para una serie de indicadores (incluyendo la prevalencia del VIH, las personas que viven con VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral, la incidencia del VIH y nuevas infecciones) por sexo, grupos de edad de cinco años y nivel subnacional.

El modelo produce estimaciones en tres puntos del tiempo: el año de la encuesta más reciente basada en la población, el año de la última ronda de estimaciones nacionales sobre el VIH (2020), y proyecciones a corto plazo de un año para propósitos de planificación del programa sobre el VIH. Las estimaciones subnacionales de población por sexo y grupo de edad se obtienen de fuentes consensuadas en cada país y se ajustan para que coincidan con las poblaciones utilizadas dentro de Spectrum por sexo y grupo de edad.

Las estimaciones transversales de la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH se producen en el punto

medio de la encuesta de hogares representativa más reciente a nivel nacional. En cuanto a la prevalencia del VIH, el modelo se calibra para estudiar los datos sobre la prevalencia del VIH por nivel subnacional, sexo y grupo de edad de cinco años de las más recientes encuestas basadas en la población (Encuesta Demográfica y de Salud o PHIA). Dado que el tamaño de la muestra de la encuesta en cada área subnacional es relativamente pequeño, los datos reportados rutinariamente sobre la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que asisten a su primera visita de atención prenatal, extraídos del sistema nacional de información sanitaria, se utilizan para mejorar las estimaciones del patrón espacial del VIH.

La cobertura de la terapia antirretroviral por zona subnacional, edad y sexo se estima a partir de datos de encuestas poblacionales sobre la presencia de biomarcadores antirretrovirales en encuestados seropositivos. La cobertura de la terapia antirretroviral informada de forma rutinaria entre las mujeres embarazadas antes de su primera visita de atención prenatal se utiliza como una covariable para el patrón espacial de la cobertura de la terapia antirretroviral. La cobertura de la terapia antirretroviral y la prevalencia del VIH también se calibran para que el número total de terapia antirretroviral coincida con el informe en el archivo nacional de Spectrum.

Un desafío para estimar la cobertura de tratamiento para áreas subnacionales es que las personas pueden acceder a los servicios de terapia antirretroviral en un distrito diferente al de su residencia (por ejemplo, si las instalaciones están más cerca o no brindan mejores servicios). El modelo permite una probabilidad de que las personas residentes que viven con VIH accedan a la terapia antirretroviral en un área subnacional vecina. La premisa anterior es que la gran mayoría de las personas que viven con VIH accederán a la terapia antirretroviral en su área de residencia, pero esta probabilidad puede variar según los datos del área subnacional sobre el número de personas que reciben terapia antirretroviral en comparación con la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y población.

No se dispone de estimaciones directas de la incidencia del VIH a nivel subnacional. Si bien algunas encuestas de hogares recientes han

medido la incidencia del VIH a nivel nacional basándose en medidas de biomarcadores para infecciones recientes por VIH, se observan muy pocas infecciones recientes en cualquier distrito para hacer una estimación sólida. Por lo tanto, para estimar la incidencia del VIH a nivel subnacional, la tasa de transmisión del VIH de las estimaciones de Spectrum se calcula y se aplica a estimaciones de la prevalencia del VIH en áreas pequeñas y con cobertura de terapia antirretroviral en cada área subnacional. La distribución por sexo y edad en cada área subnacional se basa en las tasas de incidencia del VIH de Spectrum, aplicadas a la estructura de la población en cada área.

El modelo proyecta desde la encuesta de hogares más reciente hasta el período actual mediante la creación de una proyección de un paso de la población hasta el 2020. Las estimaciones de población se actualizan con las estimaciones de población oficiales. El número de personas que viven con VIH se proyecta sobre la base de estimaciones de supervivencia por provincia, sexo y grupo de edad de Spectrum durante el mismo período (lo que explica la progresión de la enfermedad del VIH y los efectos de la terapia antirretroviral en la reducción de la mortalidad a causa del sida). La cobertura de la terapia antirretroviral se actualiza según el número de tratamientos en el 2020 a partir de los datos de prestación de servicios.

La tasa de incidencia entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años se calculó de la siguiente manera:

Nuevas infecciones entre mujeres de 15 a 24 años en 2020 / (población de mujeres de 15 a 24 años – mujeres seropositivas de 15 a 24 años) en 2020 \* 1000

**TABLA 21.3 | PAÍSES QUE UTILIZAN EL MODELO NAOMI PARA GENERAR ESTIMACIONES SUBNACIONALES**

Nº	País
1	Angola
2	Benín
3	Botsuana
4	Burkina Faso
5	Burundi
6	Camerún
7	República Centroafricana
8	Chad
9	Congo
10	Côte d'Ivoire
11	República Democrática del Congo
12	Guinea Ecuatorial
13	Suazilandia
14	Etiopía
15	Gabón
16	Gambia
17	Ghana
18	Guinea
19	Guinea-Bissau
20	Haití
21	Kenia
22	Lesoto
23	Liberia
24	Malawi
25	Malí
26	Mozambique
27	Namibia
28	Níger
29	Nigeria
30	Ruanda
31	Santo Tomé y Príncipe
32	Senegal
33	Sierra Leona
34	Sudáfrica
35	República Unida de Tanzania
36	Togo
37	Uganda
38	Zambia
39	Zimbabue

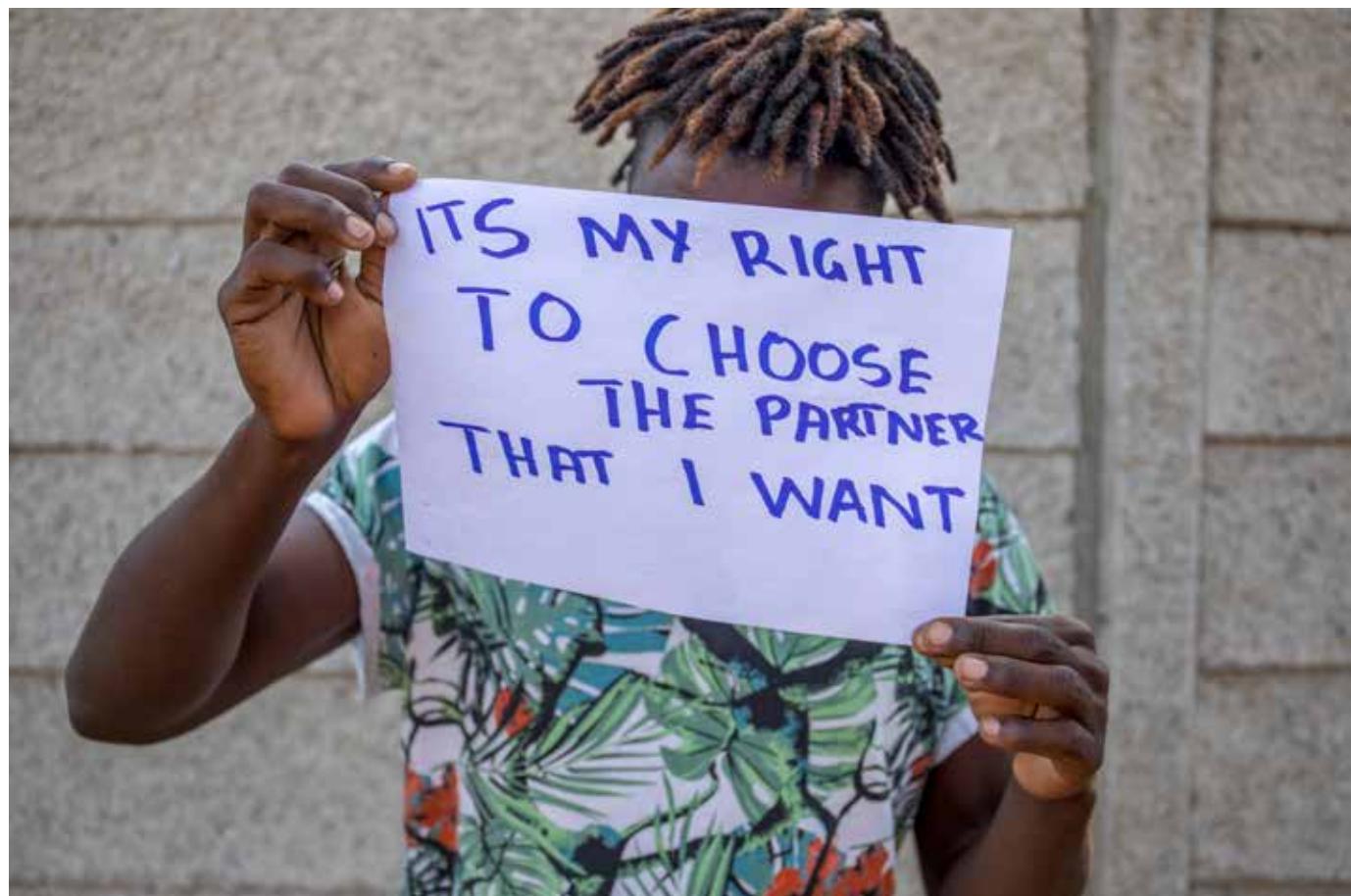
## REGISTROS DE LEYES Y POLÍTICAS

Los registros de las leyes y políticas regionales se elaboraron a partir de los datos informados por los países a través del Instrumento de Políticas y Compromisos Nacionales de 2017, 2018, 2019, 2020 y 2021, un componente del Monitorio Mundial del SIDA (1).

ONUSIDA examina los datos presentados por los países a través del Instrumento Nacional de Compromisos y Políticas. Durante este proceso de

revisión, ONUSIDA se comunica con los centros de referencia nacionales del Monitoreo Mundial del SIDA para solicitar aclaraciones o revisar los datos presentados a través de la herramienta.

Los datos comunicados a través del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales se han complementado con datos disponibles de otras fuentes, incluyendo las bases de datos mundiales y fuentes primarias.



Crédito : ONUSIDA

## Referencias

1. Monitoreo del SIDA 2021: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2016. Ginebra: ONUSIDA; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf)).
2. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Delauney CL, Johnson LF et al. Cobertura nacional de pruebas y diagnóstico del VIH en África subsahariana. SIDA: 2019;33:S255-S269.
3. Johnston LG, Sabin ML, Prybylski D, Sabin K, McFarland W, Baral S et al. Política y práctica: la importancia de evaluar el estado de VIH autoinformado en la encuesta bioconductual. Bull World Health Organ. 2016;94:605-12.
4. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I et al. Estimaciones 90-90-90 a nivel mundial, regional y nacional para el 2018. SIDA;33:S213-S226.
5. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades/Oficina Regional de la OMS para Europa. Vigilancia del VIH/SIDA en Europa 2020-2019 datos. Estocolmo: ECDC; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2020.pdf>).

Derechos de autor © 2021  
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/JC3020S



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

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)