
Un marco para comprender y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

30 de junio de 2022

Índice

Acrónimos	4
Agradecimientos	5
Introducción	6
Abordar colectivamente las disparidades en la respuesta al VIH	9
Finalidad del marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH	9
Enfoque	11
Alcance	12
Audiencia	12
Características principales	13
Creación de una perspectiva de las desigualdades específica para el VIH	14
¿Quién se está quedando atrás en el intento de acabar con el sida?	15
Interseccionalidad	18
Impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH y efectos combinados de diferentes factores (¿Por qué hay gente que se queda atrás?)	20
Datos disponibles y lagunas	40
Del análisis a la planificación	46
Cómo aplicar una perspectiva basada en las desigualdades: aplicación práctica de la teoría	47
Abordar las desigualdades relacionadas con el VIH a través de la programación y la promoción	47
Pasos para identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH	49
Seguimiento de este proceso de cuatro pasos	54
Ejemplo ilustrativo	55
Introducción al uso del manual	68
Conclusión	69
Bibliografía	70
Anexo 1. Metodología	74
Resumen de la metodología	74
Revisión documental	74
Consultas: Consultas periódicas con el equipo de trabajo sobre desigualdades y otros miembros del personal del Programa Conjunto	75
Anexo 2. Fuentes de datos útiles	76
Anexo 3. ¿Quién se está quedando atrás en el intento de acabar con el sida?	86
Otras poblaciones prioritarias	86
Otros factores	89
Anexo 4. Abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y la atención sanitaria universal: explorar las sinergias	90
Acceso	90
Calidad	91
Protección frente a dificultades económicas	92

Acrónimos

ESI	Educación sexual integral
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GAM	Monitoreo Global del SIDA
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
INB	Ingreso nacional bruto
IBBS	Vigilancia biológica y conductual integrada
IIGH	Instituto de Desigualdades en Salud Global
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
LGBTI	Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales
MEA	Plan de monitoreo, evaluación y aprendizaje
MdT	Modelización de modos de transmisión
ICPN	Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ADPIC	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
UBRAF	Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas de ONUSIDA
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONU DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
MCNUDS	Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible
ONU Mujeres	Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
OMS	Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

Este marco ha sido elaborado por el Instituto de Desigualdades en Salud Global de la Universidad del Sur de California (USC IIGH, por sus siglas en inglés), en colaboración con el Centro Africano de Investigación sobre Población y Salud (APHRC, por sus siglas en inglés), y bajo la dirección de los codirectores del equipo de trabajo sobre desigualdades de ONUSIDA. Está destinado a utilizarse junto con la Estrategia Mundial contra el sida 2021-2026: “Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida”; el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas (UBRAF, por sus siglas en inglés) para 2022-2026 y el manual para comprender y abordar las desigualdades en materia de VIH, diseñado por el APHRC en colaboración con el IIGH.

Este trabajo se ha beneficiado de los comentarios y discusiones con un amplio abanico de personas que trabajan para la Secretaría de ONUSIDA y los copatrocinadores del Programa Conjunto.

Introducción

Las desigualdades persistentes, incluidas las violaciones de los derechos humanos, siguen socavando los avances hacia la erradicación del sida para 2030. A medida que el VIH sigue propagándose, el empeoramiento de las desigualdades amenaza con detener o incluso invertir los progresos realizados (1). La desigualdad de género sigue siendo una de las formas más generalizadas de desigualdad en todo el mundo y repercute en la capacidad de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso para prevenir la infección por el VIH y mitigar la experiencia de vivir con el virus. Por ejemplo, las crecientes desigualdades en oportunidades y resultados relacionados con la educación, la seguridad alimentaria, el empleo, la vivienda, los servicios sanitarios y los recursos económicos están vinculadas a años de políticas discriminatorias y dinámicas sociales, incluidas las violaciones de los derechos humanos y la desigualdad de género, que han dejado atrás a las personas, incluso cuando los avances biomédicos ofrecen oportunidades para mejorar la prevención y el tratamiento del VIH (2). Aunque las desigualdades pueden manifestarse de forma diferente en las distintas poblaciones, los factores estructurales históricamente arraigados que dan forma a las desigualdades actuales aún no se han abordado adecuadamente dentro de las poblaciones y entre ellas. Muchas de estas desigualdades se vieron exacerbadas por la pandemia de COVID-19 durante 2020-2022, pero la pandemia también puso las desigualdades en primer plano en los debates nacionales y mundiales sobre salud y protección social (3). Mientras el mundo se plantea cómo “reinventarse” después de la pandemia de COVID-19, será fundamental abordar las desigualdades que afectan desproporcionadamente a unas personas más que a otras, tanto para acabar con esa pandemia como para poner fin al sida (1).

En 2015, los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron colectivamente a abordar las desigualdades cuando adoptaron por unanimidad la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Un elemento central de la Agenda 2030 es la promesa de “no dejar a nadie atrás y llegar primero a los más rezagados” (2). A través de los ODS, los Estados miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a combatir las desigualdades y las vulnerabilidades que dejan atrás a las personas, lo que incluye erradicar la pobreza en todas sus formas y poner fin a la discriminación y la exclusión. En concreto, el ODS 10 pide a los Estados miembros que “reduzcan las desigualdades dentro de los países y entre ellos”. Otros compromisos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH se recogen en el ODS 5 (“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”) y el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”) (4). El impulso y la determinación reflejados en la Agenda 2030 para “romper los ciclos de desventaja e inequidad que amenazan con dejar a las personas irrevocablemente atrás” son compartidos por todos los organismos de las Naciones Unidas y ayudan a guiar el trabajo y la estrategia de ONUSIDA (2).

La atención prestada a las desigualdades por las más altas instancias de la ONU se pone de manifiesto en la adopción en 2016 del Marco de Acción para la Igualdad del Sistema de las Naciones Unidas con el fin de “establecer un entendimiento común del desafío que suponen el aumento de las desigualdades y la discriminación generalizada” en apoyo de la implementación de los ODS (5). Una de las medidas propuestas por el Secretario General de la ONU es: “Continuar nuestros esfuerzos para ayudar a diseñar políticas que apoyen a los grupos más vulnerables y/o excluidos, reconociendo y respondiendo a las privaciones múltiples e interrelacionadas y a las fuentes de discriminación que limitan las oportunidades y dificultan aún

más salir de la pobreza, vivir con dignidad y disfrutar de los derechos humanos en un planeta sano” (6).

En consonancia con los ODS y el Marco de Acción para la Igualdad del Sistema de las Naciones Unidas,

la estrategia mundial contra el sida 2021-2026: “Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida” se centra en reducir las desigualdades que impulsan la epidemia de VIH para acabar con el sida. La desigualdad se define en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 como “un desequilibrio o falta de igualdad. . . [que] abarca las principales faltas de equidad. . . disparidades y brechas en la vulnerabilidad al VIH, adopción de servicios y resultados experimentados en los diversos lugares y entre las muchas poblaciones que viven con o están afectadas por el VIH” (1). La estrategia mundial contra el sida 2021-2026 destaca de forma directa y audaz la importancia de abordar las desigualdades y dar prioridad a las personas vulnerables que aún no tienen acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, con el fin de ayudar a alcanzar los objetivos de vía rápida de 2025.

Los principios que sustentan el trabajo del Programa Conjunto –incluidos los derechos humanos, la igualdad de género y la participación y el liderazgo de la comunidad– se destacan en toda la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y sirven como principios básicos de este marco y este manual.

El enfoque de ONUSIDA para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH también se guía por la declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2021: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. A través de la declaración política sobre el sida de 2021, los Estados miembros se comprometieron a “adoptar medidas urgentes y transformadoras para acabar con las desigualdades sociales, económicas, raciales y de género, las leyes, las políticas y las prácticas restrictivas y discriminatorias, la estigmatización y las formas múltiples e interseccionales de discriminación, incluidas las basadas en el estado serológico, y las violaciones de los derechos humanos que perpetúan la epidemia mundial de sida”. Para apoyar la consecución de los objetivos de la declaración política sobre el sida de 2021 y traducir en acciones la estrategia mundial contra el sida 2021-2026, en 2021 se aprobó el Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas (UBRAF, por sus siglas en inglés) 2022-2026. El UBRAF 2022-2026 es utilizado por el Programa Conjunto para hacer operativa la estrategia de ONUSIDA y apoyar a los países y las comunidades para hacer frente a las desigualdades relacionadas con el VIH y apoyar la consecución de los objetivos, así como la visión a largo plazo de cero nuevas infecciones por VIH, cero muertes relacionadas con el sida y cero discriminación (1, 7). Los objetivos y las metas actuales también reflejan el nuevo enfoque de la respuesta al VIH en la eliminación de las desigualdades, en particular el cambio de énfasis de la mejora del acceso general a la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención a la reducción explícita de las desigualdades para todos a lo largo de todo este proceso. Eliminar las desigualdades es la estrategia para garantizar que no se dejará a nadie atrás en la respuesta al sida.

Es un hecho reconocido que una atención insuficiente a las desigualdades puede dar lugar a lagunas perjudiciales a la hora de comprender y abordar los factores de riesgo y vulnerabilidad al VIH, incluidos aquellos que impiden el acceso a la prevención, las pruebas y el tratamiento (1). Para acabar con el sida, la estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 y el UBRAF 2022-2026 han esbozado objetivos en tres pilares –sistemas, servicios y habilitadores sociales– diseñados

para ayudar a abordar tanto las desigualdades relacionadas con el VIH como sus causas. Además de los avances biomédicos que son esenciales para ampliar las opciones, reducir la transmisión y disminuir las desigualdades en los resultados del VIH en todo el proceso, desde la prevención hasta la supresión viral, los objetivos de los habilitadores sociales para 2025 pretenden garantizar que “menos del 10 % de las personas que viven con el VIH y grupos de población clave sufran estigma social y discriminación; menos del 10 % de las personas que viven con el VIH, mujeres y las niñas y grupos de población clave experimenten desigualdades y violencia de género; y menos del 10 % de los países tengan leyes y políticas punitivas” (8). Con estos objetivos 10-10-10, ONUSIDA contribuye al ODS 10 centrándose en las desigualdades más relevantes para el VIH y coordinando las acciones pertinentes relacionadas con el VIH de los copatrocinadores del Programa Conjunto. Además, ONUSIDA contribuye a los ODS 3 y 5. A continuación, se exponen algunos de los objetivos más relevantes de estos tres ODS (cuadro 1).

Cuadro 1. Selección de Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas especialmente pertinentes para el trabajo sobre las desigualdades relacionadas con el VIH

ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades (9).

3.3: Para 2030, acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos.

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas (10).

5.1: Acabar con todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas del mundo.

5.5: Garantizar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo en todos los niveles de toma de decisiones en la vida política, económica y pública.

ODS 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos (11).

10.2: Para 2030, empoderar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica o de otro tipo.

10.3: Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades en los resultados, entre otras cosas, eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo leyes, políticas y acciones apropiadas en este sentido.

Este marco y el manual que lo acompaña están diseñados para ayudar al Programa Conjunto a apoyar a los países y las comunidades en sus esfuerzos por identificar las desigualdades relacionadas con el VIH y sus causas y abordarlas de acuerdo con las ventajas comparativas y la capacidad del Programa Conjunto y, al hacerlo, apoyar el pleno ejercicio de los derechos humanos.

Abordar colectivamente las disparidades en la respuesta al VIH

En 2021, 38,4 [33,9-43,8] millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo (8). Hay bastantes pruebas de que la vulnerabilidad a la infección por el VIH, los obstáculos para acceder a los servicios relacionados con el VIH y el riesgo de obtener malos resultados relacionados con el VIH no están distribuidos de manera uniforme en todo el mundo y que determinados grupos de personas se ven afectados de manera desproporcionada en las diferentes dimensiones de la respuesta al VIH. Una razón fundamental por la que las desigualdades en la respuesta al VIH siguen siendo tan marcadas y persistentes es que no se ha actuado lo suficiente para comprenderlas y abordarlas, incluida su interseccionalidad y los impulsores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios que alimentan las desigualdades, aumentan la vulnerabilidad al VIH y disminuyen activamente la capacidad de las personas para acceder a los servicios relacionados con el VIH y beneficiarse eficazmente de ellos (1, 12). Si no se abordan, estas desigualdades transversales tienen consecuencias significativas para la capacidad de los países y las comunidades de alcanzar las metas y los objetivos estipulados en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Es importante reconocer que el Programa Conjunto ya está apoyando a los países y las comunidades para hacer frente a las desigualdades a través de los diversos programas de la Secretaría y los copatrocinadores, de acuerdo con el mandato individual de cada organización. Sin embargo, un marco compartido para sistematizar el enfoque de las desigualdades relacionadas con el VIH puede ayudar a capitalizar los respectivos puntos fuertes de las diferentes partes del Programa Conjunto de la manera más eficaz y a potenciar su impacto.

Para identificar acciones que aborden las desigualdades entre los grupos de población, primero es necesario determinar en todas las áreas de resultados de la estrategia mundial contra el sida no solo quién se está quedando atrás, sino también por qué se los está dejando atrás (es decir, los factores que impulsan las desigualdades específicas relacionadas con el VIH). Solo una vez identificados los factores que contribuyen a las desigualdades estratificadas que dan lugar a la vulnerabilidad al VIH y a resultados desiguales, se pueden priorizar las acciones para abordarlos y ponerlas en práctica a través de un trabajo específico para cada contexto, que incluya planes de trabajo, marcos de resultados y planes de monitoreo y evaluación.

Este marco y el manual que lo acompaña están diseñados para ser utilizados por el Programa Conjunto con sus socios. Requieren que el personal del Programa Conjunto se ponga en contacto con las comunidades afectadas y otros socios para participar en los procesos propuestos para apoyar la identificación, el tratamiento, el monitoreo y la evaluación de las desigualdades relacionadas con el VIH y su reducción en cada país.

Finalidad del marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH

El marco de desigualdades relacionadas con el VIH y el manual que lo acompaña están destinados a ayudar al personal del Programa Conjunto a identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH más importantes para la epidemia de VIH de un país y que el Programa

Conjunto, dados sus recursos y experiencia, puede tratar de reducir o incluso eliminar de la manera más eficaz mediante el apoyo a los países y las comunidades.

Estos productos pretenden lo siguiente:

- Ayudar al personal del Programa Conjunto a apoyar a los países y las comunidades en la implementación de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y la declaración política sobre el sida de 2021 y a aplicar el UBRAF 2022-2026 con el fin de “abordar las desigualdades para garantizar un acceso equitativo a los servicios de prevención, tratamiento y apoyo” (7).
- Ayudar a la Secretaría del Programa Conjunto y a los copatrocinadores a aprovechar sus respectivos puntos fuertes para reducir las desigualdades que impulsan la epidemia de HIV, incluida la movilización y el compromiso de las comunidades y lo socios de la sociedad civil que son fundamentales para una respuesta eficaz.

Este marco está diseñado para ayudar a identificar las desigualdades que están teniendo un impacto sustancial en la epidemia de VIH en un contexto particular, reconociendo que habrá desigualdades adicionales relevantes que pueden no estar recogidas aquí. La priorización de las acciones puede guiarse por la identificación de grupos relevantes y factores de desigualdad que –si se alcanzan y/o abordan– tendrían efectos positivos sustanciales en la reducción de la epidemia y en el avance hacia objetivos de desarrollo más amplios. A la vista de los datos, es necesario preguntarse:

- ¿Qué grupos de población se ven más afectados por la elevada incidencia o mortalidad del VIH?
- ¿Por qué? ¿Cuáles son los impulsores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios que crean y perpetúan estos impactos desproporcionados?
- ¿Qué acciones puede emprender el Programa Conjunto para ayudar a abordar estos impulsores?

El marco y el manual son recursos para ayudar al Programa Conjunto, tanto a través de sus estructuras como de su personal, a hacer lo siguiente:

- Utilizar los datos existentes, analizados de forma diferente, para comprender mejor las desigualdades, sus intersecciones y sus impulsores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios.
- Seleccionar los impulsores prioritarios de entre todos los que subyacen a la gama de desigualdades dentro de un contexto específico con el fin de abordarlos mejor y eliminarlos.
- Determinar qué factores contribuyentes puede abordar mejor el Programa Conjunto y dónde puede ser necesario llenar lagunas de datos.
- Determinar qué actividades iniciar, ampliar y detener con el fin de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y servir como puntos de entrada para abordar desigualdades más amplias que presentan obstáculos para alcanzar múltiples Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El Programa Conjunto y sus asociados también pueden utilizar este marco y este manual para garantizar que los esfuerzos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH sean fundamentales en las revisiones de los planes estratégicos nacionales sobre el VIH, las estrategias sanitarias generales y las propuestas de financiación, así como en la planificación nacional del Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible

(MCNUDS). La perspectiva de las desigualdades que aquí se presenta pretende ayudar al Programa Conjunto a apoyar a los países y las comunidades para que vayan más allá de las medidas globales de progreso en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH e incluyan explícita y deliberadamente la eliminación de las desigualdades relacionadas con el VIH en estas y otras áreas relacionadas, contribuyendo así a los nuevos objetivos y metas mundiales.

Este documento constituye un marco para tratar de comprender sistemáticamente quién se está quedando atrás y, lo que es más importante, por qué y cómo priorizar las acciones y los indicadores para abordar y supervisar las desigualdades que repercuten en el curso de la epidemia. Un elemento central del análisis de las desigualdades es comprender por qué algunos grupos tienen un acceso desigual a la información, los servicios, la tecnología y las oportunidades y por qué algunas instituciones solo se ocupan de algunas poblaciones, ampliando así las diferencias generales en los resultados. Para enfocar un análisis de este tipo, es importante entender primero qué poblaciones (y grupos dentro de ellas) están siendo dejadas de lado por la respuesta actual. Este es el punto de partida del análisis de las desigualdades, que pretende explorar en profundidad los factores que las provocan, con vistas a determinar la mejor manera de abordarlas. Así pues, el marco está estructurado para, en primer lugar, identificar quién se está quedando atrás; después, analizar por qué sucede; a continuación, examinar la respuesta existente y, por último, priorizar las intervenciones para abordar las desigualdades más importantes relacionadas con el VIH que se identificaron. El objetivo general del marco es ayudar a los países y las comunidades a reducir las desigualdades relacionadas con el VIH dentro de su respuesta al virus, mientras que el manual sirve para ponerlo en práctica.

Enfoque

A partir del trabajo pasado y presente del Programa Conjunto y sus socios para abordar las desigualdades y la Agenda 2030, el marco refleja la estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Está “guiado por principios, normas y estándares de derechos humanos, compromisos para lograr la igualdad de género y enfoques que sitúan a las comunidades en el centro de la respuesta global” (1). La atención a los derechos humanos, la igualdad de género y la participación y el liderazgo de la comunidad están integrados en todo el marco. Está diseñado para ayudar a ONUSIDA a centrarse en abordar las desigualdades en su trabajo de promoción, coordinación, gobernanza, investigación y apoyo técnico con las comunidades, los Gobiernos, la sociedad civil, el mundo académico, el sector privado y otros, con el fin de ofrecer respuestas eficaces al VIH en todo el mundo. El marco se basa en las numerosas iniciativas pertinentes de los socios y copatrocinadores y está diseñado para complementarlas y aprovecharlas, entre ellas la Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH, la iniciativa “Breaking Down Barriers” del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y las siete áreas programáticas clave de ONUSIDA para reducir el estigma y la discriminación y aumentar el acceso a la justicia en las respuestas nacionales al VIH. En el anexo 1 se ofrece un resumen de la metodología utilizada para diseñar el marco.

En primer lugar, el marco llama la atención sobre algunas de las poblaciones más afectadas y habitualmente olvidadas en la respuesta al VIH, con el debido reconocimiento de que los aspectos específicos variarán entre los países y dentro de ellos. Comprender y poner el foco en las experiencias de las personas con respecto a las desigualdades ayuda a identificar los factores que las provocan y, por lo tanto, los ámbitos en los que resulta más útil actuar. A continuación, el marco explora algunos de los factores sociales y estructurales transversales de

los sistemas y servicios sanitarios que impulsan las principales desigualdades. Por último, detalla un proceso de cuatro pasos para identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH en contextos particulares, que incluye la priorización y el monitoreo de las acciones pertinentes. Los pasos están diseñados para ayudar a los usuarios a integrar este trabajo en la planificación y los procesos existentes del programa y pretenden fomentar el trabajo colaborativo y sinérgico en todo el Programa Conjunto mediante la identificación de acciones clave para que la Secretaría de ONUSIDA y cada copatrocinador las lleven a cabo con sus respectivos socios y comunidades afectadas. Tanto el marco como el manual están concebidos como herramientas adaptables que pueden actualizarse periódicamente en función de las experiencias del Programa Conjunto.

La primera parte del marco abarca los diferentes componentes de la creación de una perspectiva de las desigualdades específica para el VIH, incluida la identificación de las poblaciones prioritarias y los impulsores de las desigualdades, así como la naturaleza interseccional de estos grupos e impulsores.

Una vez establecido esto, el marco se centra en la aplicación práctica de esta perspectiva de las desigualdades, elaborando un enfoque de cuatro pasos para identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH en todas las áreas de resultados de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 a partir de los esfuerzos nacionales existentes.

Alcance

El marco y el manual se centran en las desigualdades relacionadas con el VIH, teniendo en cuenta que estas se sitúan dentro de desigualdades estratificadas y transversales más amplias que pueden quedar fuera del mandato directo del Programa Conjunto. Si bien en este trabajo se hará referencia a estas desigualdades más amplias solo en la medida en que apoyen la comprensión de cómo se determinan las vulnerabilidades y oportunidades relacionadas con el VIH y cuál sería la mejor manera de abordarlas, la aplicación del marco y el manual tienen por objeto ayudar a los copatrocinadores y otros socios a contribuir a la reducción y la eliminación de las desigualdades en un sentido más amplio.

Audiencia

El Programa Conjunto y su personal, especialmente a nivel nacional y regional, son los principales destinatarios del marco y el manual. Se han diseñado teniendo en cuenta los mandatos complementarios de la Secretaría de ONUSIDA y de los diferentes copatrocinadores, que brindan al Programa Conjunto la oportunidad de actuar sobre una amplia gama de habilitadores sociales, estructurales y sistémicos críticos dentro de las respuestas nacionales al VIH.

Características principales

Tomando como punto de partida la perspectiva de las desigualdades y otros elementos de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026, el marco se basa en el trabajo sobre desigualdades que ya están realizando el Programa Conjunto y sus otros socios. El marco se centra específicamente en las desigualdades relacionadas con el VIH, haciendo especial hincapié en cómo las desigualdades transversales agravan las vulnerabilidades en el contexto del VIH. A continuación, se presentan algunas de las características clave de este marco que ayudan a identificar, comprender y actuar sobre las desigualdades que conducen al VIH.

Alineación con las estructuras y los procesos nacionales: El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH están concebidos para ser utilizados como parte de los procesos de planificación en curso y para dar lugar a productos que se integren en las estrategias y los planes de trabajo nacionales, los marcos de resultados y los planes de monitoreo y evaluación. Esto ayudará a evitar la creación de procesos paralelos o la duplicación de esfuerzos.

Construir sobre las bases existentes: El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH se basan en los derechos humanos, la igualdad de género y la participación y el liderazgo de la comunidad y están concebidos para aprovechar las respuestas locales al VIH que tratan de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. El marco y el manual se crearon para ayudar a identificar los puntos fuertes y las deficiencias en las respuestas actuales desde la perspectiva de las desigualdades con el fin de reforzar la respuesta de cara al futuro.

Participación: El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH están diseñados para informar y orientar al Programa Conjunto con el fin de apoyar de forma eficaz a los socios de la sociedad civil liderados por la comunidad, incluidas las comunidades clave y afectadas, a la hora de liderar procesos de múltiples partes interesadas para comprender y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH.

Adaptabilidad y flexibilidad: Considerando que las desigualdades relacionadas con el VIH se manifiestan de forma diferente en los distintos lugares, el marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH están diseñados para plantear preguntas que puedan ayudar a crear una respuesta adaptada a las realidades locales.

Maximizar el uso de la información disponible: El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH ponen de relieve los recursos ampliamente disponibles para ayudar a comprender las desigualdades relacionadas con el VIH, tanto los que se utilizan tradicionalmente en la respuesta al VIH como otros recursos que, cuando se analizan junto con estos datos, pueden proporcionar información adicional sobre las desigualdades y sus causas (véase el anexo 2). La necesidad y el valor de los datos cualitativos y empíricos son fundamentales para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH y sus causas.

Creación de una perspectiva de las desigualdades específica para el VIH

Las desigualdades relacionadas con el VIH incluyen “las principales faltas de equidad. . . disparidades y brechas en la vulnerabilidad al VIH, adopción de servicios y resultados experimentados en los diversos lugares y entre las muchas poblaciones que viven con o están afectadas por el VIH” (1).

A pesar de los importantes logros conseguidos en el diálogo político, la promoción, la educación y las intervenciones médicas en las últimas cuatro décadas, en 2021 se produjeron 1,5 [1,1-2,0] millones de nuevas infecciones por el VIH y 650 000 [510 000-860 000] muertes relacionadas con el sida (8). Estas infecciones y muertes no están distribuidas de manera uniforme.

Las desigualdades que bloquean el avance hacia la erradicación del sida reflejan el modo en que el VIH se cruza con complejas brechas en los factores y sistemas epidemiológicos, económicos, jurídicos, sociales, culturales, políticos y sanitarios. Estas brechas –también conocidas como “impulsores de las desigualdades”– actúan en todos los niveles, desde el macro hasta el comunitario y el individual, influyendo en los patrones de vulnerabilidad al VIH y en la capacidad de acceso a los servicios. Además, estos factores de desigualdad repercuten en la capacidad de las comunidades afectadas por el VIH para participar de forma significativa y eficaz en la toma de decisiones y en las respuestas comunitarias necesarias para acabar con el sida. Para hacer frente a las desigualdades, primero es necesario saber quiénes son los más afectados por el VIH en un contexto determinado. A continuación, es fundamental reconocer cómo los impulsores sociales y estructurales crean y agravan estas vulnerabilidades a cada paso. Estos impulsores de las desigualdades son los problemas que hay que abordar: solo si se comprenden podrá diseñarse una respuesta al VIH que permita realizar los cambios estructurales y sistémicos necesarios.

Con el fin de apoyar la creación de una perspectiva de las desigualdades específica para el VIH, este marco reúne la teoría y los datos sobre las desigualdades más relevantes para la epidemia del VIH. Al tener esta información reunida en un solo lugar, el marco –y los anexos que lo acompañan– pueden servir de recurso para ayudar al Programa Conjunto a reflexionar sistemáticamente sobre las poblaciones prioritarias, sus intersecciones, los diferentes factores que impulsan las desigualdades relacionadas con el VIH que experimentan estas poblaciones y la forma más eficaz de abordarlas.

Esta sección proporcionará, en primer lugar, información básica sobre algunas de las poblaciones que suelen considerarse más vulnerables a la infección por el VIH y los resultados relacionados. Las manifestaciones y los impactos de las desigualdades que experimentan los distintos grupos de población no son uniformes, en parte debido a la intersección y superposición de las identidades de los individuos (como se analiza en la sección “Interseccionalidad” a continuación). Posteriormente, se abordan los principales impulsores estructurales y sociales de las desigualdades en el VIH, así como los impulsores en los sistemas y servicios sanitarios y el efecto agravante de estos factores. Comprender y abordar las desigualdades requiere un análisis profundo de las desigualdades estructurales arraigadas, a menudo perpetuadas por instituciones, políticas y prácticas que han creado estas desigualdades y continúan

exacerbándolas. Por último, se discuten los datos disponibles sobre estos impulsores y poblaciones prioritarias, incluido su potencial de desglose, así como las necesidades, fuentes y lagunas de datos.

¿Quién se está quedando atrás en el intento de acabar con el sida?

Esta sección ofrece una visión general de parte de la información que se conoce sobre los grupos que, en general, se considera que son los más rezagados en las respuestas actuales al VIH. Las personas pueden pertenecer a uno, varios o todos estos grupos a la vez y esto puede cambiar con el tiempo. Las poblaciones prioritarias que tienen más probabilidades de experimentar vulnerabilidades relacionadas con el VIH y resultados desiguales también variarán entre los países y dentro de ellos en función de diversos factores, como el contexto epidemiológico, económico, jurídico, social, cultural, de género y político. Para todas las poblaciones prioritarias identificadas, sigue siendo esencial tener en cuenta la naturaleza heterogénea y dinámica de las personas, ya que las identidades individuales son polifacéticas y evolucionan. Incluso dentro de cada grupo de la población puede haber diferencias sustanciales en cuanto a vulnerabilidades, cobertura de servicios y resultados en función de las circunstancias personales. Comprender la complejidad de las múltiples identidades y comportamientos situados en dinámicas de poder desiguales y cómo estas cambian con el tiempo puede ayudar a determinar con más detalle dónde son más necesarios los esfuerzos específicos. Algunos de los muchos factores que determinan las desigualdades en materia de VIH que experimentan las poblaciones prioritarias identificadas se analizan más adelante en este marco.

Considerando la interacción entre estos diversos factores y los grupos de población identificados, las siguientes secciones proporcionan información pertinente sobre algunas de las poblaciones que, según el Programa Conjunto, generalmente presentan un mayor riesgo de exposición al VIH y menos probabilidades de tener acceso a servicios integrales de prevención, tratamiento y atención del VIH. Entre ellos se encuentran las mujeres y las niñas, las poblaciones clave y otros grupos dentro de entornos específicos cuyas experiencias pueden hacer que corran un mayor riesgo de contraer el VIH que la población general. En el anexo 3 se ofrece información más detallada sobre otras poblaciones prioritarias.

Mujeres y niñas

En todo el mundo, más de la mitad de las personas que viven con el VIH son mujeres. Además, las mujeres representaron más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH en 2021. Las adolescentes y las mujeres jóvenes corren un riesgo especial. En 2021, 4900 de ellas contrajeron el VIH por semana en todo el mundo. En el África subsahariana, las mujeres y las niñas representaron el 65 % de las nuevas infecciones entre adultos (mayores de 15 años) en 2021. Las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) de la región representaron el 31 % de las infecciones por VIH en 2021, a pesar de representar solo el 10 % de la población. Las adolescentes y las madres jóvenes tienen tasas más bajas de permanencia en la atención y el tratamiento del VIH y tasas más altas de nuevas infecciones durante el embarazo y la lactancia (14). Fuera del África subsahariana, se reconoce que muchas mujeres y niñas adolescentes presuntamente expuestas a un riesgo elevado de infección por el VIH pertenecen a uno de los grupos de población clave que se describen a continuación, incluso simplemente porque son parejas sexuales de hombres que pertenecen a poblaciones clave (15). Aunque se ha producido un descenso constante de las nuevas infecciones por VIH entre las mujeres en todo el mundo, el número de infecciones entre las mujeres aumentó en Europa central y oriental

y en Oriente Medio y África del Norte, impulsado en gran parte por las desigualdades de género y la violencia contra las mujeres (16). El desglose de los problemas específicos de las adolescentes y las mujeres jóvenes en cada contexto es clave para analizar las desigualdades, ya que pone de relieve las formas en las que se necesita una atención más detallada.

Grupos de población clave

Se calcula que las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 70 % de las nuevas infecciones por VIH a nivel global en 2021 y el 94 % de las nuevas infecciones fuera del África subsahariana. Esto pone de relieve la necesidad de comprender dónde, cómo y qué poblaciones de cada país se ven afectadas por el VIH, lo que se reconoce como una estrategia central para ayudar a dirigir una respuesta eficaz. Las poblaciones clave incluyen a mujeres, hombres y personas de género diverso de todas las edades, como se describe a continuación.

En comparación con las personas que no se inyectan drogas, el riesgo de contraer el VIH es 35 veces mayor para las personas que se inyectan drogas. Las mujeres transgénero tienen un riesgo 14 veces mayor de contraer el VIH que las mujeres adultas (de 15 a 49 años). Las trabajadoras sexuales del sexo femenino tienen un riesgo 30 veces mayor de contraer el VIH que otras mujeres adultas (de 15 a 49 años) de la población general. Según los datos mundiales más recientes, los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen un riesgo 28 veces mayor de contraer el VIH que los hombres adultos (de 15 a 49 años) de la población general. Por supuesto, los riesgos no son los mismos para todas las personas dentro de cada población clave identificada y, además, estarán determinados por una serie de factores adicionales, como el entorno económico, jurídico, social, cultural y político en el que vive la gente (véase el cuadro 2). Incluso dentro de las poblaciones clave identificadas, sigue habiendo importantes lagunas de datos, como en el caso de las poblaciones clave adolescentes y jóvenes, los hombres transgénero y los trabajadores sexuales. Esta falta de datos, junto con la reticencia en algunos lugares a dar prioridad a los servicios para las poblaciones clave, incluidas las mujeres y las niñas de estas poblaciones, puede crear puntos ciegos en la programación y contribuir así al riesgo de que estos grupos queden rezagados.

Cuadro 2. Impulsores de vulnerabilidad interrelacionados: diversidad entre las poblaciones clave

Reconocer la heterogeneidad de las poblaciones clave y las tendencias de las epidemias de VIH que las afectan es clave para abordar la desigualdad. Determinadas personas de una población identificada pueden correr un riesgo mayor que otras debido a factores que se entrecruzan y se superponen. Esto puede contribuir, por ejemplo, a diferentes formas de estigmatización y discriminación, a distintas condiciones políticas, económicas, sociales y medioambientales y a una disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad diferentes de los servicios relacionados con el VIH.

Un ejemplo de población clave muy heterogénea lo constituyen las personas que se dedican al trabajo sexual. Esta población puede incluir a mujeres, hombres, personas transgénero y otras personas de género diverso mayores de 18 años que intercambian servicios sexuales por dinero o bienes (18). Las personas que se dedican al trabajo sexual, por ejemplo, tienen diversas orientaciones sexuales y pueden ser personas adultas jóvenes o mayores, pobres o ricas, estar cerca o lejos de los servicios, ser casadas o solteras o tener discapacidades (19). También pueden ser miembros de minorías étnicas (incluidos los pueblos indígenas desplazados) y pueden tener muchas

otras características individuales que afectan su experiencia con las desigualdades relacionadas con el VIH.

A menudo, los datos sobre las poblaciones clave se recopilan, analizan y/o presentan de una manera que no refleja esta diversidad. Esto, a su vez, oculta las desigualdades en el riesgo y los resultados relacionados con el VIH. Sobre la base de los datos disponibles, las personas que se dedican al trabajo sexual en todo el espectro de género (identificado como que incluye a mujeres, hombres, personas transgénero y otras personas de género diverso) representaron aproximadamente el 8 % de todas las nuevas infecciones por VIH en adultos a nivel mundial en 2019 (20). Las mujeres transgénero que venden servicios sexuales suelen tener tasas de VIH más elevadas que las trabajadoras sexuales cisgénero; en algunos países, la tasa reportada ha sido más de 20 veces mayor (18).

Si bien disponer de estos datos es un comienzo importante, su disponibilidad puede ocultar el hecho de que, en muchos lugares, hay pocos datos sobre otros grupos dentro de una población concreta –como los trabajadores sexuales– a pesar de que estos otros grupos pueden experimentar retos y vulnerabilidades adicionales. Por este motivo, para comprender quién se está quedando atrás, es necesario poder desglosar los datos de las poblaciones clave con el fin de identificar a quiénes se está llegando dentro de los grupos de población identificados, quiénes están siendo excluidos y quiénes están “experimentando formas múltiples e interseccionales de discriminación y desigualdades” que dan lugar a desigualdades significativas en el riesgo y los resultados del VIH (2).

Otras poblaciones prioritarias

Aunque poner fin al sida para 2030 requiere una continua atención a las mujeres y las niñas y las poblaciones clave mencionadas anteriormente, también deben tenerse en cuenta otras poblaciones que soportan una carga significativa de infecciones por el VIH en algunos lugares y que corren el riesgo de quedar rezagadas. En todas las regiones, la identificación de las poblaciones y subpoblaciones prioritarias está altamente ligada al contexto y requiere un examen minucioso entre los distintos grupos y de las personas que se encuentran dentro de cada uno. Las personas que pueden correr un riesgo elevado de contraer el VIH son (entre otras): las personas recluidas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión, los jóvenes, niños y niñas, los hombres y los niños, las personas con discapacidad; las minorías étnicas y raciales; las personas en situaciones humanitarias y de conflicto, incluidos los refugiados y los desplazados internos, los migrantes, las personas uniformadas, los pueblos indígenas y las personas que viven en la pobreza (21). Es importante señalar que la lista anterior se presta a la intersección de desigualdades, ya que las personas pueden incluirse simultáneamente en una, varias o incluso en la mayoría de estas categorías. Además, algunas personas –incluidas las personas mayores que viven con el VIH– pueden experimentar peores resultados después de la infección por el VIH debido a las dificultades particulares para acceder a los servicios de pruebas y/o tratamiento y, por lo tanto, correr un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades. El anexo 3 sirve como recurso ampliado que reúne información relacionada con el VIH relativa a las poblaciones descritas anteriormente.

Interseccionalidad

“Las pruebas demuestran que las disparidades en el acceso a los servicios para el VIH, la incidencia del VIH y la mortalidad relacionada con el sida son el resultado de múltiples desigualdades superpuestas y un acceso desigual a las oportunidades de educación, empleo y economía”. — Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 (1)

A pesar de la gran atención que se presta a las desigualdades en la respuesta mundial al VIH, todavía es necesario seguir trabajando para comprender y abordar mejor las desigualdades interseccionales. La naturaleza indivisible e interconectada de los derechos humanos respalda esta atención a la interseccionalidad, atendiendo a las múltiples desigualdades superpuestas que afectan de manera diferente a las distintas poblaciones.

La vulnerabilidad de una persona en el contexto del VIH no suele ser el resultado de una sola desventaja o privación, sino de muchos factores que reflejan la naturaleza polifacética de su identidad y los tipos de discriminación a los que se enfrenta (2). Para una persona, sus resultados en relación con el VIH pueden verse altamente influidos no solo por el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, sino también por otras formas de discriminación, como la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, situación socioeconómica, capacidad/discapacidad, orientación sexual, identidad de género u origen nacional (22). Es esta “convergencia de identidades múltiples y concurrentes” la que configura las formas en que las personas experimentan el estigma y la discriminación, determina su vulnerabilidad al VIH e influye en su capacidad para acceder a los servicios (23). Por ejemplo, el estigma y la discriminación a los que se enfrenta un hombre rico, blanco y bien educado que mantiene relaciones sexuales con hombres pueden ser mucho menores que los que sufre un hombre que también mantiene relaciones sexuales con hombres, pero que es pobre, negro, tiene escasa educación y poco o ningún acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP, por sus siglas en inglés). El poder y los privilegios pueden amortiguar algunos de los impulsores estructurales y sociales del VIH, pero en realidad exacerban las desigualdades dentro de los grupos. Para comprender la naturaleza interseccional de las desigualdades relacionadas con el VIH es necesario analizar cómo las personas experimentan formas superpuestas de opresión, discriminación y marginación (24).

“Más de 40 años después del inicio de la epidemia de VIH, la estigmatización y la discriminación siguen afectando las vidas y socavando los esfuerzos para acabar con el sida. Formas de discriminación superpuesta humillan a las personas, les impiden usar los servicios de salud y otros servicios esenciales y dañan su salud.”— *En peligro: Actualización mundial sobre el sida 2022* (8)

Dada esta complejidad, se reconoce desde hace tiempo que la programación del VIH no puede adoptar un enfoque universal. Ni siquiera puede adaptarse de manera eficaz a las poblaciones clave en todos los contextos debido a la diversidad dentro de esas poblaciones. Las experiencias individuales también pueden cambiar con el tiempo a medida que cambian las identidades y los comportamientos, al igual que los supuestos culturales en torno a la edad y las capacidades y los marcos jurídicos en los que viven las personas. Todos estos cambios tienen un profundo impacto en la mejor manera de abordar el riesgo y los resultados del VIH. Por ejemplo, a medida que un niño que vive con el VIH entra en la adolescencia, el estigma relacionado con el VIH que puede

experimentar puede combinarse de forma más explícita con el racismo, la discriminación por motivos de género, la homofobia, la transfobia, la discriminación hacia los inmigrantes u otras formas de discriminación (25). Del mismo modo, los niños y adolescentes que se perciben como de género diverso corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual y acoso en todas las partes del mundo (26). Su experiencia no es la de múltiples identidades estigmatizadas separadas, sino más bien la de la intersección de sus respectivas identidades que da lugar a una experiencia individualizada de mayor estigma y discriminación. Es crucial reconocer esta complejidad e identificar la mejor manera de abordarla en la respuesta al VIH.

El siguiente cuadro de texto ofrece un ejemplo de interseccionalidad en el que se examina el contexto del VIH y cómo las mujeres y las niñas pueden experimentar simultáneamente una serie de desigualdades.

Cuadro 3. Desigualdades de género: desigualdades interseccionales que sufren las mujeres y las niñas

Aunque las mujeres y las niñas corren el riesgo de experimentar diversas formas de opresión, esta experiencia se verá significativamente influida por la coexistencia de otros factores determinantes, como la situación socioeconómica, la edad, la orientación sexual, la ubicación geográfica, la situación migratoria, la salud, el entorno jurídico y cultural y muchos otros factores (24). A continuación, se presenta solo un ejemplo de cómo las mujeres y las niñas pueden experimentar desigualdades interseccionales que determinan su riesgo de contraer el VIH y sus resultados.

Las adolescentes pueden tener menos oportunidades de asistir a la escuela que sus compañeros varones debido a la pobreza y las normas culturales que devalúan la educación de las niñas. En los casos en que se cobra una matrícula, las adolescentes pueden practicar relaciones sexuales transaccionales para cubrir los gastos escolares, lo que las expone a un mayor riesgo de embarazos no deseados, VIH y violencia de género debido a los desequilibrios de poder entre ellas y sus parejas sexuales (22). El riesgo de contraer el VIH al que se enfrenta una niña en este entorno se encuentra, por lo tanto, en la intersección de su riesgo como: (a) una mujer; (b) una persona joven; (c) alguien que vive en la pobreza; (d) alguien que vive en una sociedad que menosprecia la educación de las niñas y (e) alguien que practica relaciones sexuales transaccionales y que puede tener dificultades para negociar el uso de preservativos. Además, cuando las leyes impiden el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva – incluidas las pruebas del VIH, la información y los servicios relacionados sin el consentimiento de los padres –, disminuyen enormemente las posibilidades de que una niña pueda protegerse del riesgo de contraer el VIH y de sus consecuencias negativas. Comprender cómo se entrecruzan todos estos factores para conformar las vulnerabilidades relacionadas con el VIH es el primer paso para identificar las acciones prioritarias para abordarlos.

Un enfoque interseccional no solo es importante a la hora de considerar la mejor manera de abordar el riesgo de que una persona contraiga el VIH, sino también a la hora de diseñar programas contra el VIH que puedan ofrecerle la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo necesarios para que los beneficios de los avances científicos lleguen a todas las personas, incluidas aquellas que experimentan desigualdades transversales (1). La vulnerabilidad al VIH y los resultados desiguales dentro de cualquier grupo de población varían

ampliamente en función de los retos y las desventajas adicionales a los que pueda enfrentarse cada persona, lo que exige enfoques matizados de las políticas y los programas. Es un hecho reconocido que los agregados y los promedios pueden ocultar y dejar atrás a los individuos más desfavorecidos. Por lo tanto, es fundamental prestar atención a este abanico de desigualdades, así como a sus causas. Estos factores se analizarán en la próxima sección.

Impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH y efectos combinados de diferentes factores (¿Por qué hay gente que se queda atrás?)

Un principio clave de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 es “ocuparse de las desigualdades estructurales y sociales confluyentes y dar prioridad a las acciones que puedan ser difíciles pero que más se necesiten, en lugar de centrarse en acciones más fáciles que no confrontan las desigualdades persistentes” (1).

Para hacer frente a las desigualdades persistentes reconocidas en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026, es necesario identificar y abordar los factores inmediatos, subyacentes y profundos de las privaciones, desventajas o discriminaciones que hacen que las personas se queden atrás. La intersección de estos impulsores puede tener efectos acumulados que se refuerzan mutuamente –tanto efectos relacionados con el VIH como efectos más generales– que conducen a desventajas sistémicas y a la perpetuación de la discriminación, la desigualdad y la exclusión de generación en generación (27). Por lo tanto, abordar las desigualdades implica: (a) abordar las barreras sociales y estructurales que con el tiempo frustran el goce igualitario de los derechos humanos y la igualdad de género; (b) invertir la distribución desigual del poder, los recursos y las oportunidades; y (c) cuestionar las leyes, políticas, instituciones, normas sociales (incluidas las normas de género) y los estereotipos discriminatorios (28). Si no se aplica una perspectiva basada en las desigualdades, es posible que los programas contra el VIH agraven involuntariamente las desigualdades.

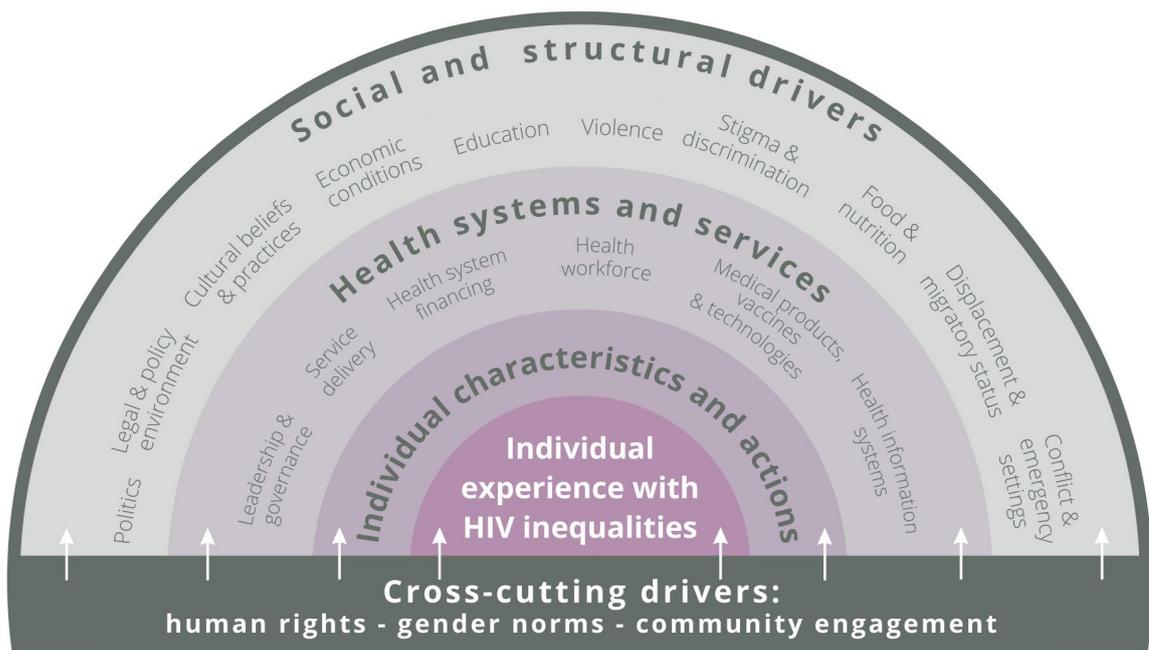
Centrarse en los factores que impulsan la exclusión –incluidas las circunstancias personales que hacen que algunas personas de una población sean más vulnerables que otras– en lugar de centrarse únicamente en las poblaciones identificadas no solo es más eficaz, sino que puede también evitar la creación o el refuerzo del estigma contra grupos específicos o tratar a todo un subgrupo como homogéneo e igualmente atendido o desatendido. También puede ayudar a descubrir la realidad de las desventajas interseccionales y su fluidez a lo largo del tiempo y puede revelar los impulsores de las desigualdades específicos de cada contexto para aclarar por qué la experiencia de un grupo identificado puede variar de un lugar a otro. Por último, puede ayudar a identificar los factores que impulsan la exclusión y la desigualdad que afectan a múltiples poblaciones y que, si se abordan, podrían repercutir de manera positiva tanto en la epidemia de VIH como en la consecución de múltiples ODS.

En esta sección se exponen algunos de los principales impulsores sociales y estructurales de las desigualdades relacionadas con el VIH, examinando en primer lugar los impulsores intersectoriales de los derechos humanos, las normas de género y la participación de la comunidad. Cada uno de estos impulsores tiene un impacto crítico y directo en las desigualdades relacionadas con el VIH y sustentan otros impulsores sociales y estructurales. A continuación, la sección aborda algunos de los principales impulsores sociales y estructurales de las desigualdades relacionadas con el VIH y cómo estos impulsores pueden agravarse. Posteriormente, se examina cómo los sistemas sanitarios pueden realmente abordar o impulsar

las desigualdades relacionadas con el VIH. Todos estos factores también pueden ser manifestaciones de desequilibrios de poder, normas sociales y otras dinámicas intersectoriales subyacentes de las sociedades. A la hora de determinar una estrategia adecuada para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH, será importante identificar cualquier factor adicional específico del contexto que pueda no estar incluido explícitamente en la siguiente sección.

La imagen 1 representa el marco de desigualdades relacionadas con el VIH.

Imagen 1. Impulsores identificados de las desigualdades relacionadas con el VIH



Fuente: Imagen basada en: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Estocolmo: Institute for Futures Studies; 1991.

La imagen 1 muestra los factores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios que impulsan las desigualdades relacionadas con el VIH y que se abordan en este marco, incluidos los que son intersectoriales. Muchos de estos factores pueden influir positiva o negativamente en las desigualdades. La banda inferior representa los impulsores intersectoriales de los derechos humanos, las normas de género y la participación de la comunidad; estos influyen en la dinámica de todas las demás bandas, en el sentido de que la protección de los derechos humanos, la igualdad de género y la participación y el liderazgo de la comunidad pueden ser muy beneficiosos, incluso cuando las violaciones de los derechos humanos, la desigualdad de género y la falta de liderazgo de la comunidad en la respuesta al VIH pueden, individual y colectivamente, empeorar gravemente las experiencias de las personas con respecto a las desigualdades relacionadas con el VIH y sus resultados. Cuando resulte beneficioso, estos impulsores intersectoriales pueden considerarse como los habilitadores sociales que se analizan en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026.

La banda exterior de la imagen 1 representa los factores sociales y estructurales que pueden actuar como impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH, que afectan al riesgo individual de contraer el VIH y de obtener malos resultados en materia de VIH. Estos factores sociales y estructurales conforman e interactúan con los distintos elementos de los sistemas y servicios sanitarios (representados en la segunda banda más externa), que pueden ser, a su vez, impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH. Estos factores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios interactúan, además, con las características y acciones individuales de diversas maneras que configuran la experiencia de una persona con las desigualdades relacionadas con el VIH. Se reconoce que las interacciones entre los impulsores son complejas y multidireccionales.

Además de comprender las intersecciones de las distintas vulnerabilidades que experimenta una misma persona, es igualmente importante analizar y abordar los múltiples factores que operan a distintos niveles y que impulsan cada tipo de desigualdad. El cuadro 4 ofrece un ejemplo ilustrativo de algunos de los diferentes factores que impulsan las desigualdades relacionadas con el VIH y cómo pueden afectar a los hombres gays y a otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en determinados contextos.

Cuadro 4. Causas de la pérdida de seguimiento de los servicios de terapia antirretroviral entre los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: un ejemplo ilustrativo

En un entorno en el que la falta de seguimiento de los servicios de terapia antirretroviral es especialmente elevada entre los hombres gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, podría ser que el estigma y la discriminación contra ellos dentro de esos servicios desalienten la retención. Esto, a su vez, puede deberse a la falta de inversión en formación y sensibilización del personal sanitario para prestar servicios adaptados a la población. Esto puede deberse a una simple falta de priorización, pero también a actitudes sociales, como la existencia de una ley que penaliza las relaciones sexuales homosexuales entre hombres. Una ley de este tipo también podría alimentar la discriminación relacionada con el VIH en otros entornos, como los lugares de trabajo, lo que a su vez podría desalentar a los hombres a acudir con regularidad a la clínica de terapia antirretroviral porque podrían ser vistos, descubiertos como seropositivos y, tal vez, perder su empleo.

Estos factores interconectados interactúan y determinan la capacidad y la voluntad de los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de participar en los servicios de tratamiento, incluso cuando son accesibles y están disponibles. Comprender estas interconexiones puede ayudar a identificar múltiples puntos de entrada para la acción con el fin de abordar las desigualdades pertinentes relacionadas con el VIH y garantizar que estos hombres no interrumpan el seguimiento.

Los impulsores descritos en esta sección reúnen el trabajo que el Programa Conjunto ha realizado sobre diferentes dimensiones de la epidemia del VIH –y las desigualdades en general– porque son especialmente apropiados para abordar las intersecciones entre el VIH y las desigualdades pertinentes. Esta sección pretende servir de recurso para identificar y abordar los impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH.

En el resto de esta sección, se exploran los impulsores individuales de las desigualdades relacionadas con el VIH, empezando por los impulsores intersectoriales, seguidos de los impulsores sociales y estructurales y, por último, los impulsores de los sistemas sanitarios. Finalmente, se describe con más detalle su naturaleza compuesta.

El Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre Derechos Humanos ha proporcionado ilustraciones útiles de la magnitud de las acciones necesarias para abordar la gama de impulsores de la desigualdad. Al llamar la atención sobre la naturaleza inextricable de los factores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios que impulsan la desigualdad en el contexto del VIH, señala: “Para poner fin a los abusos policiales contra las poblaciones clave es preciso desterrar las actitudes estigmatizantes, pero también introducir cambios estructurales para terminar con la impunidad de las detenciones arbitrarias y la tortura. Poner fin a la desigualdad en la salud de los presos requiere no solo el acceso a una atención equivalente a la que se brinda fuera de la prisión, sino también que desaparezcan la tortura, el hacinamiento, la malnutrición y las condiciones sanitarias deficientes en los lugares de detención. . Se necesitan protecciones adecuadas y exigibles en los entornos de atención médica para cuidar la privacidad y los requisitos del consentimiento informado para las pruebas del VIH a fin de protegerse contra el desprecio discriminatorio por la autonomía corporal y la confidencialidad” (29).

Impulsores intersectoriales de las desigualdades relacionadas con el VIH

Para avanzar hacia la reducción de las desigualdades relacionadas con el VIH, será fundamental realizar esfuerzos más concretos para promover y proteger los derechos humanos, poner en marcha intervenciones que transformen la perspectiva de género y apoyar el liderazgo de la comunidad en la respuesta al VIH. Como primer paso, esto requerirá comprender cómo las violaciones de los derechos humanos, las normas de género desiguales y la falta de una participación y un liderazgo de la comunidad significativos están impulsando las desigualdades relacionadas con el VIH en un entorno determinado, con vistas a informar las intervenciones apropiadas.

Derechos humanos

“Reconocer la igualdad de valor y dignidad de todas las personas no solo es un imperativo ético y una obligación derivada de los instrumentos internacionales de los derechos humanos, sino que es fundamental para acabar con el sida. . . El ODS 3 no podrá alcanzarse si se permite que continúen el estigma, la discriminación y la penalización de las poblaciones clave, la violencia, la exclusión social y otras violaciones de los derechos humanos en el contexto del VIH y si persisten las desigualdades relacionadas con el VIH”. — La Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida (1)

Hace tiempo que se reconoce que los derechos humanos, los principios de los derechos y los enfoques son fundamentales para abordar las desigualdades en la vulnerabilidad y los resultados del VIH (1). Si bien la promoción y la protección de los derechos humanos son fundamentales para mejorar los esfuerzos relacionados con el VIH, el descuido o la violación de los derechos humanos pueden exacerbar las desigualdades relacionadas con el VIH. La no discriminación debe ocupar un lugar central en cualquier esfuerzo por abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y para ello son fundamentales una serie de derechos, especialmente el derecho a la salud. Como garantiza el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que se extiende no solo a la atención

sanitaria, sino también a los determinantes subyacentes de la salud. Este enfoque se profundiza en otros documentos de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. En virtud de la legislación internacional sobre derechos humanos, los Estados miembros de la ONU están obligados a garantizar el derecho al mayor nivel posible de salud.

Como componentes clave de los principios de los derechos que son fundamentales para una respuesta eficaz al VIH, las normas y los principios pertinentes incluyen: (a) la disponibilidad, accesibilidad (incluida la asequibilidad), aceptabilidad y calidad de los bienes y servicios prestados; (b) la no discriminación y la igualdad; (c) la privacidad y la confidencialidad; (d) el respeto de la dignidad y la autonomía personales; y (e) la participación significativa y la rendición de cuentas (26). Los principios y enfoques de derechos humanos pueden utilizarse de manera eficaz como marco para informar y reforzar una respuesta al VIH de modo que apoye a todas las personas. Esto puede reforzar la atención prestada a las desigualdades durante la planificación y la ejecución de la respuesta al VIH y ayudar a identificar tanto los puntos fuertes como las deficiencias actuales que podrían actuar como obstáculos para alcanzar los objetivos relacionados con el VIH (30).

Los principios y enfoques de derechos humanos pueden utilizarse de manera positiva en múltiples niveles para crear un entorno propicio para la respuesta al VIH. A nivel individual, el respeto, la protección y la realización efectiva de los derechos humanos pueden ayudar a las personas a acceder a la respuesta al VIH y a beneficiarse de ella, así como a participar en el fomento de una programación eficaz contra el VIH. A nivel de políticas y programas, esta aplicación de los principios de los derechos humanos puede aumentar la eficacia de los servicios relacionados con el VIH a través de: (a) mejorar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; (b) garantizar la privacidad y confidencialidad así como la rendición de cuentas sobre la forma en que se prestan los servicios; y (c) prestar atención a las comunidades más marginadas en los procesos de diseño y aplicación. A nivel social, la atención concreta a los derechos humanos puede crear un entorno jurídico, político, social y económico propicio que mejore el acceso y el uso de los servicios, garantizando la seguridad y la calidad de vida de las poblaciones afectadas y empoderando a las personas para que ejerzan su derecho a recibir servicios de calidad (26).

Cuando se producen violaciones de los derechos humanos, se exacerban las desigualdades, lo que conlleva muchas implicaciones específicas para la respuesta al VIH. Abundan los ejemplos específicos del VIH, como las pruebas del VIH forzadas a trabajadores sexuales o la esterilización forzada de mujeres que viven con el VIH, pero incluso cuando se descuidan los derechos humanos en otros contextos, esto puede repercutir negativamente en una respuesta eficaz al VIH.

Los enfoques intersectoriales que se inspiran en los principios de los derechos humanos para su aplicación pueden aumentar la eficacia de las respuestas al VIH (30). Sobre la base del derecho internacional, los derechos humanos también pueden apoyar el uso de un marco para la rendición de cuentas sobre lo que se hace y lo que se debería hacer. Con importantes implicaciones para una respuesta al VIH, los mecanismos de rendición de cuentas funcionales y accesibles dentro de cada localidad pueden ayudar a orientar las correcciones del curso y proporcionar recursos a aquellos cuyos derechos hayan sido violados. Los derechos humanos son fundamentales para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y, dado su carácter intersectorial, están presentes en todo el marco y constituyen la columna vertebral de este esfuerzo.

Normas de género

El género engloba un conjunto de normas, roles, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente (31). Hace tiempo que se sabe que las dinámicas de poder desiguales relacionadas con el género conducen a resultados negativos en materia de desarrollo y salud y son un impulsor reconocido de la epidemia de VIH (15). La desigualdad de género contribuye a aumentar las vulnerabilidades y los resultados del VIH, es intersectorial y debe abordarse junto con otros ejes de la desigualdad que confluyen para que la respuesta al VIH sea eficaz.

Mujeres y niñas

Las dinámicas de poder desiguales basadas en normas patriarcales impulsan de forma significativa la epidemia del VIH (15). La desigualdad de género y la discriminación han negado durante mucho tiempo a las mujeres la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades económicas y la atención sanitaria, incluida la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. Los desequilibrios de poder basados en el género también pueden dar lugar a que se niegue a mujeres y niñas la autonomía sexual, el poder de decisión, la dignidad y la seguridad y pueden limitar las formas en que las mujeres pueden acceder y utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva (8, 15). Se cree que la autonomía en las decisiones relacionadas con la salud es menor entre las adolescentes y las mujeres jóvenes casadas, lo que repercute claramente en la vulnerabilidad al VIH (15). En una de sus formas más extremas, la desigualdad de género puede manifestarse como violencia sexual y de género, incluida la violencia de la pareja íntima (8).

Las leyes relacionadas con el VIH pueden ser específicamente discriminatorias contra las mujeres, pero incluso si son aparentemente neutras en cuanto al género, las leyes relacionadas con el VIH pueden afectar desproporcionada y negativamente a las mujeres. Las leyes discriminatorias –como las que penalizan la no divulgación, exposición y transmisión del VIH– pueden hacer que las mujeres sean especialmente vulnerables a ser procesadas si son la primera persona de la pareja que conoce su estado serológico, normalmente a través de las pruebas del VIH en la atención prenatal (15). Se ha demostrado que las leyes sobre la edad de consentimiento se utilizan predominantemente contra las niñas y las mujeres jóvenes, lo que socava la respuesta al VIH al negar a las adolescentes información y servicios relativos a su salud sexual y reproductiva e impedir su autonomía sexual.

La falta de protección jurídica contra la discriminación de género también repercute en la vulnerabilidad al VIH de las mujeres y las niñas, por ejemplo, al no tipificar como delito ni procesar la violencia de la pareja íntima o la violación marital. Incluso cuando existe una legislación aparentemente protectora, su aplicación real puede verse obstaculizada por normas y prácticas sociales (15).

En promedio, los hombres siguen ganando aproximadamente el doble que las mujeres en todo el mundo (33). Las normas de género que discriminan a las mujeres y las niñas se manifiestan en los contextos de las oportunidades económicas y educativas y las perspectivas limitadas de obtención de ingresos y medios de subsistencia que se derivan de ello pueden dejarlas expuestas a estrategias de asunción de riesgos. Este tipo de discriminación socava su capacidad de acción y limita su poder de decisión en las relaciones, las familias y las sociedades, además de aumentar su riesgo de contraer el VIH (15).

En todo el mundo, muchas mujeres tienen una autonomía financiera limitada, están representadas de forma desproporcionada en los sectores informales y no regulados de la economía, soportan la carga de los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico y carecen

de igualdad de derechos de propiedad y herencia (15). El acceso de las mujeres a los derechos de propiedad y herencia puede ser fundamental para prevenir y responder al VIH al proporcionarles una seguridad económica básica, pero esto todavía no es una realidad en la mayor parte del mundo. También se sabe que las mujeres realizan una parte desproporcionada del trabajo no remunerado de cuidado de los familiares que viven con el VIH y esto –junto con los costos para la salud mental y de otra índole para las mujeres– dificulta su capacidad para realizar un trabajo remunerado en el mercado laboral. La carga asistencial por razón de género en torno al VIH también profundiza las desigualdades entre mujeres y hombres en cuanto a oportunidades educativas y otras actividades sociales (34).

Las normas de género se combinan con otros impulsores de la desigualdad de manera que pueden exacerbar la vulnerabilidad de determinadas poblaciones. En el cuadro 5 se ofrece un ejemplo de cómo el género y la migración pueden entrecruzarse de manera que tengan un impacto negativo en la vulnerabilidad al VIH.

Cuadro 5. La intersección entre VIH, género y migración

El género, el VIH y la movilidad están profundamente interrelacionados. Las necesidades de las poblaciones móviles, incluidas las poblaciones desplazadas y refugiadas, no suelen incluirse en las políticas nacionales sobre el VIH, lo que dificulta su acceso a la prevención y el tratamiento del VIH (15). Se sabe que las mujeres y las niñas, en particular, experimentan un mayor riesgo de infección por el VIH asociado a los procesos migratorios; la inseguridad de los medios de subsistencia asociada a la migración a menudo da lugar a una mayor segregación laboral entre hombres y mujeres (15, 35). Se cree que casi tres cuartas partes de las mujeres y niñas de las poblaciones móviles trabajan en el sector de los servicios y muchas de las restantes desempeñan funciones temporales o trabajan en el sector informal. Todas estas situaciones laborales contribuyen a aumentar la vulnerabilidad a la explotación y la violencia, incluida la violencia sexual y de género, lo que agrava las desigualdades relacionadas con el VIH (35).

Hombres y niños

En general, los hombres se someten menos a las pruebas del VIH y obtienen peores resultados que las mujeres. Los hombres y los niños pueden no estar dispuestos o no ser capaces de buscar servicios relacionados con el VIH como consecuencia de las expectativas tradicionales en torno a la masculinidad, lo que se ve agravado por los temores relacionados con el estigma y la discriminación, así como por los limitados horarios de los servicios, que pueden suponer un obstáculo para la asistencia de quienes trabajan (35). El retraso en las pruebas del VIH impide el inicio oportuno del tratamiento y también tiene implicaciones para la prevención del VIH. Las expectativas y normas de género en torno a la búsqueda de servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva –incluidas las pruebas del VIH– hacen que las mujeres accedan más a menudo a los servicios (sobre todo las mujeres en edad reproductiva que tienden a acceder a ellos con más regularidad porque los servicios hacen hincapié en la salud reproductiva, como la atención prenatal y posparto). A pesar de algunas mejoras recientes, la cobertura del tratamiento sigue siendo en general muy baja para los hombres y los niños (15).

Los conceptos dañinos de la masculinidad –como no utilizar preservativos y no solicitar servicios relacionados con el VIH u otros servicios sanitarios– también aumentan el riesgo de transmisión

del VIH. Para los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, este riesgo se agrava aún más cuando se combina con la homofobia y/o las leyes discriminatorias contra las relaciones homosexuales entre hombres (36).

Personas transgénero y de género diverso

Las personas transgénero y de género diverso se enfrentan a mayores riesgos de violencia, criminalización y discriminación, todo lo cual aumenta la vulnerabilidad al VIH y los resultados desiguales. Las personas que forman parte de estas comunidades pueden correr un mayor riesgo de sufrir violencia o explotación sexual. Tanto la violencia sexual como la económica contribuyen a la vulnerabilidad al VIH: por ejemplo, el estigma social y la discriminación laboral pueden contribuir a que las personas transgénero se dediquen al trabajo sexual, donde son especialmente vulnerables a distintas formas de violencia y discriminación que pueden repercutir en su riesgo de contraer el VIH (19, 37). Las personas transgénero y de género diverso también pueden sufrir estigma por parte de los proveedores y sistemas de atención sanitaria, así como de sus compañeros, familiares y la sociedad en general, todo lo cual repercute negativamente en su acceso a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH y a otros servicios de protección social. Las prácticas discriminatorias, tanto institucionales como sociales, pueden impedir que las personas transgénero y de género diverso accedan a los servicios de prevención y atención del VIH que buscan (15).

Participación de la comunidad

Un principio rector de la respuesta mundial al VIH y de todo el trabajo de ONUSIDA es la participación significativa y mensurable de la sociedad civil, especialmente de las personas que viven con el VIH y de las poblaciones más expuestas a la infección por el VIH (1). La estrategia mundial contra el sida 2021-2026 hace hincapié en el papel esencial de las organizaciones lideradas por la comunidad para orientar su respuesta al VIH y la participación de las organizaciones dirigidas por la comunidad es un concepto subyacente de este marco.

Las organizaciones lideradas por la comunidad relevantes en el contexto del VIH incluyen grupos o redes de y para personas que viven con el VIH, poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias –incluidas las mujeres y los jóvenes– que tienen prioridades arraigadas en las experiencias vividas y las perspectivas de sus miembros y grupos de interés (1, 38). Las respuestas lideradas por la comunidad están “específicamente informadas y puestas en marcha por las propias comunidades”, lo que garantiza que las políticas y los servicios respondan, entre otras cosas, a necesidades diversas y cambiantes, lo que se traduce en una mejora de los resultados relacionados con el VIH (38, 39).

Las organizaciones lideradas por la comunidad siempre han estado bien situadas para identificar las desigualdades dentro de sus contextos y sugerir cómo abordarlas. La integración explícita en la respuesta al VIH es fundamental. Por ejemplo, el monitoreo y la recopilación de datos liderados por la comunidad pueden proporcionar fuentes de datos que aborden las lagunas de los datos oficiales, identifiquen quién se está quedando realmente atrás y de qué manera, y que sirvan de base para ofrecer respuestas al VIH más inclusivas que presten atención a los impulsores pertinentes e interrelacionados de la desigualdad.

La eficacia y la sostenibilidad de la respuesta al VIH dependen de que se satisfagan las necesidades de los grupos más marginados y de que la participación de la comunidad aumente la capacidad de los programas y servicios para hacerlo. Por ejemplo, ONUSIDA ha destacado la participación significativa de los jóvenes como una clave para ofrecer una respuesta sostenible al VIH. Involucrar a los jóvenes en toda su diversidad como beneficiarios, socios y líderes en las

respuestas al VIH se traduce en servicios mejor adaptados a sus necesidades y, por lo tanto, en mejores resultados en materia sanitaria, especialmente entre los grupos de jóvenes a los que es difícil llegar.

Las organizaciones lideradas por la comunidad –incluidas las que reflejan y representan a las poblaciones clave, las mujeres, los jóvenes y otras poblaciones prioritarias– ya desempeñan un papel importante en las respuestas actuales al VIH. Cuando se integra con éxito en las actividades de respuesta al VIH, se ha demostrado que la participación de la comunidad mejora los resultados en materia sanitaria movilizándolo la demanda de servicios, proporcionando servicios y acceso a poblaciones a las que antes era difícil llegar, reforzando los sistemas sanitarios, obteniendo apoyo político, cambiando las normas sociales y creando un entorno propicio para el acceso (40). La integración adecuada del liderazgo y la participación de la comunidad en los esfuerzos relacionados con el VIH es fundamental para garantizar que las estrategias no sigan dejando atrás a las personas o reforzando las desigualdades existentes relacionadas con el VIH.

Impulsores sociales y estructurales de las desigualdades relacionadas con el VIH

“Una razón central por la cual persisten las desigualdades en la respuesta contra el VIH es que no nos hemos ocupado con éxito de los determinantes sociales y estructurales que aumentan la vulnerabilidad al VIH y reducen las capacidades de muchas personas de acceder y usar de forma efectiva los servicios para el VIH”. — Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 (1)

Para ayudar a sustentar la acción, esta sección describe brevemente algunos de los factores más significativos que pueden determinar la experiencia de un individuo con las desigualdades relacionadas con el VIH. Las descripciones de los impulsores sociales y estructurales de las desigualdades relacionadas con el VIH pretenden ayudar a fundamentar su interrogación en un contexto determinado, como se describe más adelante en este marco.

Política

La política y la ideología siguen influyendo en la respuesta al VIH, incluso frente a pruebas sólidas que demuestran que no debería ser así. Esto suele afectar más a las poblaciones marginadas o cuyos comportamientos están más penalizados. La persistente represión de los derechos de las mujeres a nivel político, en particular los derechos sexuales y la autonomía corporal, perpetúa y agrava las desigualdades de género que contribuyen a las desigualdades relacionadas con el VIH. En algunos contextos puede ser necesaria la resiliencia e incluso la resistencia para garantizar una atención adecuada a las desigualdades en la respuesta al VIH, lo que incluye garantizar una respuesta para todas las poblaciones afectadas y abordar los impulsores de la desigualdad pertinentes. A fin de garantizar que las medidas que se adopten sean eficaces y no provoquen reacciones violentas y posibles repercusiones negativas en las comunidades afectadas, es fundamental contar con un entendimiento minucioso del contexto político local, incluidos los ciclos electorales y las perspectivas de quienes ocupan un cargo político o se presentan como candidatos acerca de las cuestiones relacionadas con el VIH. No puede ignorarse la naturaleza política de lo que significa abordar las desigualdades en todos los niveles, del global al local, incluida la posible resistencia. Es necesario identificar las oportunidades para crear cambios políticos positivos y estas deben aprovecharse con sumo cuidado y con las comunidades en el centro.

Entorno jurídico

Las leyes y las políticas pueden ser herramientas poderosas para proteger los derechos humanos de todas las personas a la no discriminación y a la salud y para ayudar a garantizar la privacidad y la confidencialidad, el consentimiento libre e informado, la autonomía en la toma de decisiones sanitarias y muchas otras protecciones (40). Sin embargo, en la mayoría de los países actuales, el entorno jurídico perpetúa el estigma y la discriminación en relación con el VIH y las poblaciones vulnerables al VIH, lo que repercute en la calidad de vida y en la capacidad de prevenir la infección, además de reducir el acceso a los servicios y su utilización (1).

Las leyes punitivas y discriminatorias contra las personas que viven con el VIH o que corren el riesgo de contraerlo siguen afectando negativamente los resultados relacionados con el VIH de múltiples maneras. Estas leyes afectan a las personas que viven con el VIH y a las que corren el riesgo de contraerlo, con efectos agravados para las mujeres y las niñas, los niños, los jóvenes y las poblaciones de género diverso, todo ello con efectos devastadores. La criminalización de una amplia gama de comportamientos y aspectos de la atención sanitaria no solo perpetúa el estigma y la discriminación, sino que es extremadamente perjudicial para la respuesta al VIH. Esto incluye la criminalización del comportamiento sexual homosexual, el trabajo sexual, la identidad y la expresión de género, el consumo o la posesión de drogas y la exposición, no divulgación y transmisión del VIH (40). En 2022, por ejemplo, muchos países todavía penalizaron el uso o la posesión de drogas, 153 países penalizaron algún aspecto del trabajo sexual, 67 países penalizaron actos sexuales consensuales entre personas del mismo sexo; 20 países penalizaron a personas transgénero y 134 países penalizaron o sancionaron de alguna otra forma la exposición al VIH, la confidencialidad o la transmisión (8). La criminalización de la transmisión del VIH sigue siendo un flagelo que hay que abordar para dar una respuesta eficaz.

La criminalización de las personas que viven con el VIH y de las poblaciones clave es perjudicial para la salud pública y contribuye a las desigualdades que socavan las respuestas al VIH (1). Las pruebas han demostrado que las leyes y políticas que penalizan los comportamientos, las acciones o la existencia de poblaciones clave tienen como consecuencia un menor acceso a los servicios relacionados con el VIH y un mayor riesgo de contraerlo. Los países con leyes punitivas contra las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas tienen porcentajes significativamente más bajos de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico y logran la supresión viral que los países que no tienen este tipo de leyes en vigor (8, 15, 30). Por ejemplo, los datos del África subsahariana revelan que la prevalencia del VIH es mayor entre las trabajadoras sexuales en países con leyes punitivas y no protectoras en torno al trabajo sexual (41).

Más de 11 millones de personas se inyectan drogas en todo el mundo, de las cuales se calcula que 1,4 millones viven con el VIH. Las prácticas punitivas de aplicación de la legislación en materia de drogas han tenido importantes consecuencias negativas para la salud pública: las personas que se inyectan drogas se ven obligadas a alejarse de los servicios de prevención y tratamiento del VIH y el encarcelamiento masivo de delincuentes no violentos relacionados con las drogas aumenta significativamente su riesgo de contraer el VIH (42). Además, muchos países siguen ignorando las pruebas de que el tratamiento de la drogodependencia es una herramienta clave de la respuesta al VIH: menos del 1 % de las personas que se inyectan drogas viven en países con una elevada cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos y de los programas de intercambio del equipo de inyección, que son elementos clave de los servicios integrales de la reducción de daños que todavía suelen considerarse ilegales (43).

Las leyes restrictivas relativas a la capacidad de los adolescentes para decidir sobre su salud son barreras que obstaculizan el acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, las leyes sobre la edad de consentimiento pueden exigir el consentimiento de los padres para que un adolescente acceda a servicios como la anticoncepción y las pruebas y el tratamiento del VIH (1, 15, 44). Estas leyes, a menudo aplicadas en función del género, perjudican de forma desproporcionada a las niñas y las jóvenes. También deben tenerse en cuenta otras vulnerabilidades en los países en los que la edad legal de consentimiento en relación con la actividad sexual es inferior a la edad de consentimiento para acceder a la información y los servicios sanitarios. Una vez más, el impacto es diferente –y desproporcionadamente negativo– para las niñas y las jóvenes. Prohibir el acceso de los jóvenes a la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva conlleva un mayor riesgo de contraer el VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados (15).

Muchos países restringen la entrada, permanencia y residencia de las personas que viven con el VIH. Los migrantes irregulares que viven con el VIH se enfrentan a retos adicionales, como las restricciones legales o el miedo a la deportación, cuando intentan acceder a servicios esenciales como la atención sanitaria (35).

Para cualquier persona cuyos comportamientos entren en conflicto con la ley, las formas en que esta se aplique también pueden repercutir negativamente en las vulnerabilidades relacionadas con el VIH. Se ha comprobado que la aplicación rigurosa de la legislación, el trato indigno a los detenidos y la atención insuficiente al debido proceso se presentan en una amplia gama de contextos. Esto pone de relieve el papel fundamental que desempeñan la policía y el poder judicial en la respuesta al VIH y el impacto que estas acciones tienen en las desigualdades relacionadas con el VIH. Además, en muchos países existen conflictos en el marco jurídico, lo que crea confusión y temor sobre los derechos. Por ejemplo, algunas leyes municipales sobre pruebas obligatorias del VIH para trabajadores sexuales se oponen a las leyes federales de no discriminación y, en algunos entornos, llevar jeringas y agujas fuera de los centros sanitarios es ilegal, a pesar de la existencia de un programa de reducción de daños impuesto por el Gobierno que supuestamente incluiría el suministro de equipos de inyección seguros (45).

Políticas

Las políticas pueden constituir tanto un apoyo como una barrera para reducir el riesgo y la vulnerabilidad al VIH: como barrera a los servicios relacionados con el VIH, las políticas generalmente se presentan entre las desigualdades sociales existentes. Las políticas tienden a afectar negativamente a las poblaciones que ya están marginadas de alguna manera: por ejemplo, una política ciega al género o a la discapacidad afectará negativamente de manera desproporcionada a aquellos grupos que no fueron tenidos en cuenta en el diseño de la política. Estas medidas socavan las respuestas al VIH al reforzar el estigma y la discriminación e impedir que las personas accedan a los servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, determinadas políticas penitenciarias que no permiten la distribución de preservativos, sistemas sanitarios penitenciarios que no ofrecen acceso a la PrEP y políticas que exigen que las personas sean alojadas de acuerdo con el sexo que se les asignó al nacer, lo que expone a los reclusos transgénero a un mayor riesgo de violencia sexual. Además, debe prestarse atención no solo al diseño y la presencia de políticas, sino también a su aplicación, ya que las políticas pueden no aplicarse como se pretende.

Las políticas restrictivas –con el estigma que rodea al VIH y las actitudes discriminatorias o tabúes en torno a la mujer y el sexo– tienen un impacto desproporcionado en las mujeres y las niñas, como las políticas que exigen a las mujeres contar con una prueba del consentimiento de

su pareja antes de acceder a los servicios (1, 15). Según los datos disponibles más recientes, al menos 40 países no abordan las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en sus estrategias nacionales contra el VIH y tampoco es habitual que un país asigne presupuesto alguno para atender estas necesidades específicas relacionadas con el VIH (1).

A pesar del posible papel de las políticas como impulsoras de las desigualdades, también pueden contribuir a reducirlas si se diseñan y emplean adecuadamente. Por ejemplo, los países pueden utilizar sistemas de protección social sensibles al VIH para promover la equidad sanitaria y reducir la carga financiera de los servicios sanitarios para las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por él (46). La protección social incluye iniciativas formales e informales que proporcionan asistencia social, servicios sociales, seguridad social y equidad social a los grupos marginados. Estas iniciativas pueden centrarse en las personas que viven en la pobreza o las que son sensibles a las crisis de los medios de subsistencia, los grupos que no pueden acceder a los servicios y los grupos con mayor riesgo de sufrir estigma o discriminación debido a cualquier número de desigualdades transversales. Las políticas que reconocen la relación entre la salud y otras protecciones sociales pueden abordar los aspectos multidimensionales de la pobreza y su correlación con la vulnerabilidad, el riesgo y los resultados del VIH (46). Al implicar a las poblaciones desfavorecidas desde un punto de vista socioeconómico, las protecciones sociales sensibles al VIH pueden promover la equidad, aliviar las condiciones que aumentan el riesgo de contraer el VIH y ampliar la disponibilidad y el acceso a los servicios y el apoyo relacionados con el VIH (46).

Condiciones económicas

También se sabe que la exclusión o marginación social y económica afecta a la capacidad de las personas para protegerse del VIH (1). Aunque las desigualdades de riqueza entre países han disminuido en las últimas décadas, las desigualdades de riqueza dentro de los países han aumentado considerablemente (33). Incluso antes de la pandemia de COVID-19, a partir de los datos de 80 países obtenidos entre 2015 y 2020, a medida que la desigualdad de ingresos es más pronunciada, los países tienden a tener una mayor incidencia del VIH (estadísticamente significativa sobre la base de un valor $p < 0,001$) (27).

La pobreza no es simplemente una característica a nivel individual: es creada y perpetuada por políticas y sistemas excluyentes. Las políticas que limitan los derechos de herencia, los sistemas judiciales con elevados índices de encarcelamiento, los métodos de regulación del mercado, las normas de los sistemas comerciales y financieros, las limitaciones en el acceso a los recursos naturales, la ocupación y explotación extranjeras, y los Gobiernos racistas y bajo el régimen del apartheid son solo algunos ejemplos de impulsores subyacentes y fundamentales de la desigualdad económica que se sabe que conducen a ciclos intergeneracionales de pobreza y marginación y a una distribución desigual de la riqueza (2).

En la mayoría de los lugares, la pobreza está vinculada a una mayor vulnerabilidad al VIH y a peores resultados del VIH a través de múltiples vías. Las situaciones de pobreza pueden, por ejemplo, llevar a las personas a prácticas laborales migratorias que pueden erosionar la cohesión social y alterar las estructuras familiares, crear inseguridad alimentaria y provocar una reducción del acceso a la información y los servicios relacionados con el VIH, incluidos los preservativos y la capacidad para negociar su uso (27). El menor acceso de las mujeres a la financiación, a los conocimientos financieros y a los instrumentos financieros también puede aumentar su riesgo de contraer el VIH y disminuir su capacidad para mitigar el hecho de vivir con el VIH. A su vez, el VIH puede contribuir a la pobreza, ya que las familias afectadas por el VIH pueden experimentar la pérdida de empleo y/o recurrir a estrategias de supervivencia financiera

que reducen la capacidad económica del hogar, como la venta de activos productivos, el uso de los ahorros familiares, la obtención de préstamos o el retiro de los niños de la escuela (27). Las desigualdades económicas dentro de las sociedades incluyen disparidades intergeneracionales y brechas de riqueza persistentes, y los ciclos intergeneracionales de desventaja contribuyen a disparidades sanitarias persistentes relacionadas con el estatus socioeconómico (47). En determinados contextos, la pobreza y el VIH pueden tener una relación inversa a la descrita anteriormente. En algunas partes del África subsahariana, los países y los individuos más ricos tienen una prevalencia del VIH más alta que sus homólogos más pobres (48). Esto pone de relieve que la relación entre las condiciones económicas y el VIH no es estática y que puede seguir cambiando con el tiempo.

Educación

Se ha demostrado que la finalización de la enseñanza secundaria protege a los adolescentes y jóvenes, en particular a las niñas, de contraer la infección por el VIH (8, 15, 27). Además, se suele considerar que las mujeres con un mayor nivel educativo tienen un mayor poder de decisión sobre sus relaciones sexuales y el acceso a la atención sanitaria. Los niveles educativos se ven influidos por la solidez y el alcance del sistema educativo; por ello, el fortalecimiento del sistema educativo puede ser una intervención importante para ayudar a reducir las desigualdades relacionadas con el VIH.

Además, una educación sexual integral (ESI) de calidad puede ayudar a reducir los comportamientos sexuales de riesgo entre los jóvenes y el estigma asociado al VIH (15, 27). También puede contribuir a obtener resultados positivos en materia de salud y desarrollo, como la reducción de la pobreza y la igualdad de género, abordando así otros impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH (15). Sin embargo, en algunos contextos culturales sigue siendo tabú hablar del VIH y en todas las regiones del mundo se realizan esfuerzos concertados y organizados para desmantelar la ESI (49). Todo ello dificulta las oportunidades educativas de los jóvenes para conocer los modos de transmisión, la prevención, el riesgo y las opciones de tratamiento y servicios asistenciales, especialmente entre los jóvenes que tienen un acceso limitado a Internet o a otras fuentes de información sanitaria (27).

Violencia

La violencia de género es una manifestación extrema de la desigualdad de género que incluye la violencia contra mujeres y niñas, así como la violencia perpetrada contra personas que pertenecen o se cree que pertenecen a poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) (8, 15, 27). Estas y otras formas de violencia son bidireccionales en su relación con el VIH, lo que significa que la violencia puede ser un factor que aumente la vulnerabilidad al VIH y que vivir con el VIH es un factor de riesgo de violencia (24).

Las normas sociales y culturales imperantes relacionadas con los tabúes patriarcales y la vergüenza en torno a la sexualidad femenina contribuyen a la falta de autonomía, medios y capacidad de elección de las mujeres, favorecen el poder masculino en las relaciones sexuales y, con ello, contribuyen a la violencia de género. Los ideales de masculinidad socialmente contruidos y perjudiciales promueven comportamientos dominantes y agresivos y el heterosexismo entre hombres y niños, lo que aumenta el riesgo de que cometan actos de violencia contra mujeres y niñas y contra personas percibidas como pertenecientes a comunidades LGBTI (50). Aproximadamente una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de su vida, una estadística que aumenta durante los desplazamientos y las épocas de crisis (51). Esto aumenta el riesgo de contraer el VIH para las mujeres y las niñas y

puede reducir el acceso y la continuidad del tratamiento entre las mujeres que viven con el VIH. Según los informes, los estudiantes de las comunidades LGBTI tienen entre tres y cinco veces más probabilidades de sufrir violencia relacionada con la escuela que sus compañeros, lo que conlleva una mayor probabilidad de que falten o no vuelvan a la escuela, aumentando así su vulnerabilidad al VIH (52).

Las mujeres que sufren violencia de la pareja íntima en entornos con alta prevalencia del VIH tienen una probabilidad un 50 % mayor de vivir con el VIH que las mujeres que no han sufrido violencia de pareja (1). En todas las partes del mundo, las mujeres, niñas y personas de género diverso que conocen y revelan su estado serológico con respecto al VIH corren un mayor riesgo de sufrir diversas formas de violencia. Entre el 68 % y el 95 % de las mujeres que viven con el VIH sufren violencia de la pareja íntima a lo largo de su vida: esto aumenta el riesgo de contraer el VIH por la posible transmisión y también puede impedir la capacidad de acceder a los servicios sanitarios relacionados con el VIH y de otro tipo (24, 53).

Hay muchas otras formas de violencia que contribuyen significativamente a las desigualdades relacionadas con el VIH para mujeres y niñas, poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias. La violencia sexual ejercida por personas ajenas a la pareja aumenta el riesgo de contraer el VIH por transmisión directa y a menudo coincide con otros ejes de desigualdad, como vivir con una discapacidad, dedicarse al trabajo sexual, estar encarcelado o vivir en situaciones de conflicto y humanitarias. La violencia psicológica y emocional se acentúa contra las personas que viven con el VIH; puede presentarse como estigma o discriminación y puede incluir abusos verbales, todo lo cual puede contribuir a impedir que las personas accedan a los servicios relacionados con el VIH. La violencia económica o financiera puede manifestarse de diversas formas; a menudo está relacionada con cuestiones de género y puede consistir en que la pareja mantenga el control sobre el acceso de la otra persona a los recursos económicos o impida que la otra persona busque atención sanitaria u oportunidades, como empleo o educación. La injusticia económica a mayor escala está relacionada con diversas desigualdades que contribuyen a la falta de medios de subsistencia sostenibles que sufren muchas personas que viven con el VIH. La violencia estructural e institucional acentúa las desigualdades en la vulnerabilidad al VIH y sus resultados al afianzar aún más otros impulsores de la desigualdad mediante leyes y políticas discriminatorias y la falta de protección de las poblaciones vulnerables (24). Ejemplos de violencia estructural e institucional son el racismo en todas sus formas, la homofobia, la desigualdad de ingresos, el sexismo, el capacitismo y muchos otros medios de exclusión social, todos los cuales conducen a vulnerabilidades relacionadas con el VIH, como el encarcelamiento, la pobreza y la falta de acceso a servicios sanitarios y de protección social.

Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación vulneran los derechos y la dignidad de las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por él, lo que a menudo se traduce en negarles el acceso a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH. Entre los objetivos de habilitadores sociales de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 se encuentran que, para 2025, menos del 10 % de las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por el virus sufran estigma y discriminación y que menos del 10 % de los países tengan leyes y políticas punitivas o barreras para acceder a la justicia. Es un hecho reconocido que estas experiencias de estigma y discriminación y la falta de acceso a la justicia agravan las desigualdades relacionadas con el VIH, especialmente cuando concurren para afectar a las mismas personas a la vez.

El estigma relacionado con el VIH se manifiesta en actitudes, comportamientos y juicios negativos irracionales o motivados por el miedo hacia las personas que viven con el VIH, sus

parejas, familias y comunidades. La discriminación relacionada con el VIH supone un trato injusto a una persona o un grupo como consecuencia de su estado serológico con respecto al VIH, ya sea real o percibido. La discriminación relacionada con el VIH también comprende el trato injusto de poblaciones clave, mujeres y niñas y otros grupos, como personas con discapacidad, personas mayores, poblaciones indígenas, poblaciones móviles y migrantes, presos y otras personas encarceladas. Las personas que pertenecen a más de una de estas categorías se ven especialmente afectadas. La discriminación por el estado serológico con respecto al VIH, la orientación sexual, el sexo y la identidad y expresión de género, el estado de salud (incluida la drogodependencia) o el trabajo sexual pueden constituir violaciones de los derechos humanos (40).

Una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios realizados entre 2002 y 2016 revelaron que las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la atención hasta que están muy enfermas (54). En los países con datos disponibles en 2020, hasta el 21 % de las personas que viven con el VIH declararon que se les había denegado la atención sanitaria en los últimos 12 meses (40). El estigma y la discriminación aumentan el riesgo de contraer el VIH y evolucionar hacia el sida, la violencia y la marginación y pueden afectar al acceso al apoyo social. Al mismo tiempo, también pueden reducir el acceso a la atención sanitaria, la educación, el empleo y la justicia. Por ejemplo, se ha descubierto que el estigma percibido asociado al estado seropositivo es un factor disuasorio importante para que las mujeres denuncien o emprendan acciones por violaciones de los derechos de propiedad y herencia, que se sabe que afectan a las mujeres de manera desproporcionada y repercuten en su vulnerabilidad al VIH y en los resultados relacionados con el VIH (22).

Tanto el estigma como la discriminación relacionados con el VIH pueden verse agravados por otras formas de discriminación. El estigma y la discriminación basados en la percepción del estado serológico con respecto al VIH o en comportamientos, actividades, sexo, edad, raza, clase, capacidad/discapacidad, estatus socioeconómico, origen nacional y otras categorías de diferencia subyacen a muchos otros impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH. Incluso en países y regiones que muestran grandes avances hacia el fin de sus epidemias de sida, el estigma y la discriminación siguen impidiendo un progreso equitativo, afectando no solo el uso de los servicios relacionados con el VIH, sino también la calidad de vida de muchas personas. Especialmente en el contexto de la lucha contra las desigualdades, las decisiones sobre cómo y dónde ampliar cualquier elemento de la respuesta al VIH deben basarse en pruebas y tratar de apoyar a los más marginados de una sociedad. Cuando esto no ocurre –y cuando, en cambio, las respuestas se basan en suposiciones prejuiciosas o en una negativa discriminatoria a reconocer qué personas son las más afectadas y las que más necesitan los servicios–, se alimentan las desigualdades (26).

Las desigualdades relacionadas con el VIH se ven agravadas por el estigma y la discriminación en muchas dimensiones de la vida de las personas, como la legislación, la atención sanitaria, la educación, el lugar de trabajo y la ayuda humanitaria. A través de diferentes vías, esto puede empeorar la pobreza, crear vulnerabilidades adicionales al VIH y otros problemas de salud, y reducir el acceso a los servicios sanitarios y relacionados con el VIH. Estas repercusiones también pueden ser intergeneracionales, lo que agrava la tendencia negativa.

Seguridad alimentaria y nutricional

La alimentación y nutrición adecuadas son fundamentales para obtener buenos resultados en materia de VIH. La inseguridad alimentaria y la mala nutrición socavan la eficacia del tratamiento

del VIH y su continuidad, lo que repercute negativamente en los resultados individuales y aumenta las posibilidades de transmisión del VIH. El VIH deteriora la capacidad del organismo para ingerir y absorber nutrientes; una ingesta alimentaria inadecuada agrava la vulnerabilidad del individuo a la desnutrición, agravando el deterioro inmunitario existente. Esto provoca una mayor susceptibilidad a las infecciones oportunistas y un aumento de la morbilidad y la mortalidad (55). La inseguridad alimentaria y nutricional aumenta las repercusiones socioeconómicas del VIH, entre otras cosas porque reduce la capacidad laboral, compromete los medios de subsistencia de la persona y su capacidad para mantener el apoyo nutricional (46).

Creencias y prácticas culturales

Como ocurre con muchos otros factores, las creencias y prácticas culturales pueden reducir o agravar las desigualdades relacionadas con el VIH. Por ejemplo, en algunas circunstancias se han identificado asociaciones protectoras entre la religión, la fe y la espiritualidad y ciertas actividades de prevención primaria del VIH, como el uso del preservativo y las pruebas del VIH (56). De este modo, los líderes comunitarios y religiosos han desempeñado un papel esencial en la promoción de prácticas que reducen el riesgo de contraer el VIH y ofrecen apoyo a las comunidades afectadas. Los líderes comunitarios y religiosos también pueden contribuir negativamente a las creencias culturales sobre las poblaciones clave, como promover actitudes negativas sobre las mujeres, las personas que viven con el VIH y las comunidades LGBTI.

Mientras tanto, las prácticas culturales nocivas como la mutilación genital femenina pueden aumentar significativamente el riesgo de transmisión del VIH para las mujeres y las niñas y las barreras culturales pueden dificultar el acceso a los servicios relacionados con el VIH y a otros servicios sanitarios (57). Por ejemplo, las creencias culturales que animan a las mujeres embarazadas a acudir exclusivamente a las parteras tradicionales y a no buscar atención prenatal en los centros sanitarios pueden reducir el acceso de las mujeres y sus hijos a los servicios de pruebas y tratamiento del VIH, incluidos los servicios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH (58). En algunas sociedades, todavía pueden persistir mitos en torno al VIH, incluidas falsas creencias sobre la transmisión y el tratamiento, mientras que prácticas culturales como la poligamia, la herencia de viudas y el matrimonio precoz también hacen que las mujeres sean especialmente vulnerables a la infección por VIH (59, 60). Los tabúes en torno a la sexualidad de las mujeres son otro ejemplo de cómo las expectativas culturales pueden influir en el acceso de las mujeres a los servicios de prevención, como cuando se asume que las mujeres que llevan o compran preservativos se dedican al trabajo sexual (59).

Desplazamiento y condición migratoria

Los desplazamientos y la migración son retos humanitarios apremiantes para el siglo XXI; entre los años 2000 y 2020, la tasa de migración internacional creció un 2,4 % anual. En 2020, había 281 millones de migrantes internacionales, incluidos 29,9 millones de refugiados. A fines de 2020, el último año del que se conocen cifras, también se alcanzó una cifra récord de desplazados internos (55 millones) (61).

En sí misma, la migración no genera vulnerabilidad al VIH ni resultados desiguales, pero la gran diversidad dentro de las poblaciones móviles y los servicios que se les ofrecen significa que hay ciertos grupos que experimentan un mayor riesgo debido a la migración (35). El desplazamiento y la migración tienen repercusiones directas e indirectas en las vulnerabilidades y los resultados del VIH, que varían durante las distintas fases de la migración.

En su nivel más básico, el acceso a los servicios de tratamiento y prevención del VIH se convierte en un reto durante los flujos migratorios y la transición al país de acogida. Esto puede conducir a un diagnóstico tardío del VIH y a una mayor interrupción del tratamiento. También es probable que los migrantes irregulares experimenten un acceso limitado a los servicios relacionados con el VIH durante períodos prolongados. Esto se debe en parte a las restricciones legales que existen en muchos lugares para la prestación de servicios a las personas que se desplazan y no son reconocidas como ciudadanas y, en parte, al miedo a la deportación, que puede impedir que las personas busquen servicios esenciales (35). Entre los grupos especialmente vulnerables a la exclusión y a sus múltiples repercusiones se encuentran los refugiados y los apátridas, y esta experiencia puede agravarse especialmente en el caso de las mujeres, las niñas y los niños (2). Las poblaciones móviles también experimentan una serie de problemas con implicaciones asociadas a la salud, como la mala nutrición, la falta de servicios relacionados con las infecciones oportunistas (como la tuberculosis) y los problemas relativos al agua, el saneamiento y la higiene, todo lo cual aumenta la vulnerabilidad relacionada con el VIH. Además, las vulnerabilidades existentes entre las poblaciones clave son significativamente mayores en situaciones de inseguridad relacionadas con la migración en comparación con sus equivalentes no móviles (35).

Las desigualdades en las vulnerabilidades al VIH y sus resultados asociados a las poblaciones móviles siguen sin abordarse en gran medida. Los Ministerios de Salud suelen carecer de experiencia en los problemas que sufren las poblaciones móviles. La financiación es un reto adicional, ya que una gran parte de las instituciones donantes en materia de VIH no abordan adecuadamente las poblaciones móviles en su trabajo (35).

Situaciones de conflicto y emergencia

La interrupción de la prestación de asistencia sanitaria en situaciones de conflicto y emergencia limita el acceso a servicios relevantes para la prevención del VIH (como información, PrEP, circuncisión masculina médica voluntaria, preservativos y terapia de sustitución de opiáceos), así como el tratamiento continuo para las personas que viven con el VIH. Aunque solo son relevantes en determinadas circunstancias, los conflictos y las emergencias humanitarias pueden provocar la ruptura de la cohesión social, limitaciones en el acceso a recursos como los alimentos o los ingresos, desplazamientos o limitaciones en la movilidad y la alteración de las infraestructuras, incluidos los sistemas de educación, comunicación y prestación de asistencia sanitaria (55). Las emergencias también exacerban otros impulsores de las desigualdades, como las condiciones económicas y la inseguridad alimentaria y nutricional, y pueden provocar un aumento de los niveles de violencia sexual, estigma y discriminación. Durante los conflictos y en situaciones de emergencia aumentan las desigualdades en el riesgo de contraer el VIH y sus resultados, ya que se agravan las vulnerabilidades existentes en las poblaciones clave (55).

Las personas que viven con el VIH y sus familias pueden tener un acceso limitado a los servicios esenciales, medicamentos y otros productos básicos ya al inicio de una emergencia, que es un momento en el que los servicios suelen verse interrumpidos. Además, el acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH en situaciones humanitarias prolongadas puede seguir siendo limitado, mientras que la vulnerabilidad al VIH puede aumentar para algunos grupos (55).

Las mujeres y los niños que viven en situaciones de conflicto y emergencia pueden experimentar un aumento desproporcionado del riesgo y la vulnerabilidad al VIH debido a factores como la falta de protección de sus derechos, la pobreza y la inseguridad alimentaria. Los desafíos coexistentes de la inseguridad de los medios de subsistencia y la ruptura de las estructuras

sociales durante los conflictos o las emergencias pueden conducir a mecanismos de afrontamiento relacionados con la emergencia, como el sexo transaccional. Las personas que se dedican a la venta y el intercambio de sexo en contextos humanitarios son diversas, pero todo este grupo se enfrenta a riesgos para la salud, incluida una mayor vulnerabilidad al VIH y a la violencia (19).

El riesgo y la vulnerabilidad al VIH durante los conflictos y en situaciones de emergencia son dinámicos y extremadamente contextuales, y esto es algo que deberían reflejar las respuestas proporcionadas. Las respuestas humanitarias eficaces relacionadas con el VIH tienen en cuenta la prevalencia de referencia del VIH en cada contexto en las diferentes poblaciones y zonas geográficas como base para priorizar y orientar las intervenciones (55).

Impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH en los sistemas sanitarios

Los sistemas sanitarios operan en un entorno determinado por los impulsores sociales y estructurales de las desigualdades relacionadas con el VIH descritos anteriormente. Sin embargo, también requieren un análisis adicional debido a su importancia central para cualquier respuesta al VIH. En todos los países existen deficiencias en los sistemas, incluidos los servicios, pero la particularidad de las deficiencias varía. El anexo 4 y la sección “Cobertura sanitaria universal: explorando las sinergias” describen la importancia de los sistemas sanitarios tanto para reducir las desigualdades relacionadas con el VIH como para promover la cobertura sanitaria universal, dos objetivos estratégicos interrelacionados para la mayoría de los países.

El modelo de sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consta de seis pilares interconectados que son fundamentales para la eficacia general del sistema. Es importante evaluar cada uno de estos pilares del sistema sanitario para entender por qué el sistema puede no estar satisfaciendo las necesidades en constante evolución de los usuarios actuales y potenciales. Puede ser necesario un cambio organizativo a largo plazo para apoyar la redistribución a gran escala de los recursos en todo el sistema sanitario con el fin de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH (62). A continuación, se examina brevemente la relevancia de cada uno de los pilares para el VIH.

Liderazgo y gobernanza: El liderazgo es responsable de las decisiones sobre la asignación de recursos y la supervisión de su aplicación. Sin embargo, los líderes pueden optar por dar prioridad a los llamados logros rápidos y/o rehuir de los que consideran servicios más delicados, como los servicios relacionados con el VIH destinados a apoyar a las poblaciones clave. Además, la toma de decisiones y la supervisión participativas son principios clave, pero muchas veces pasados por alto, que subyacen a los servicios sanitarios centrados en las personas. El liderazgo de las mujeres, los jóvenes y las poblaciones clave no suele tener la prioridad que merece. Una gobernanza eficaz, que requiere mecanismos que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas, es clave para apoyar la inversión y el mantenimiento de una respuesta sostenible al VIH dentro del sistema sanitario general. Para alcanzar los objetivos relacionados con el VIH, es preciso tomar decisiones al más alto nivel (y, de hecho, a todos los niveles) para dar prioridad a la atención a las desigualdades: identificar a los que se están quedando atrás, hacer todo lo posible por llegar a ellos y proporcionarles el mejor servicio posible. Estas decisiones afectan a todos los demás pilares.

Prestación de servicios: En aquellos casos en los que falta la participación de la comunidad, es posible que los trabajadores de la salud no presten suficiente atención a la calidad de la atención, incluida la prestación de servicios “amigables” y con perspectiva de género, la no

discriminación o las preferencias de los clientes. Estas preferencias pueden incluir, por ejemplo, la prestación de servicios diferenciados y/o, a la inversa, servicios integrados. Por ejemplo, aunque la tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH, menos de la mitad de los casos incidentes de tuberculosis estimados entre las personas que viven con el VIH se diagnostican y tratan adecuadamente y la aceptación de los regímenes de tratamiento para la infección tuberculosa latente es escasa. Del mismo modo, la prevalencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino son desproporcionadamente altas entre las mujeres que viven con el VIH, incluso cuando reciben terapia antirretroviral. Los servicios de prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis y el cáncer de cuello uterino no suelen estar suficientemente integrados con los servicios relacionados con el VIH y, a menudo, no están disponibles a gran escala. Otros servicios que no suelen estar suficientemente integrados con los servicios relacionados con el VIH son los de salud mental, ITS, los servicios de tratamiento del consumo de drogas y otras sustancias y los servicios de prevención y tratamiento de la hepatitis C (1). Cuando cuentan con la financiación suficiente, las organizaciones lideradas por la comunidad pueden desempeñar un papel clave en la prestación de servicios relacionados con el VIH. También es necesaria la participación de la comunidad en la prestación de servicios gubernamentales (63).

El derecho a la salud –que abarca las normas de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad– proporciona una orientación útil para garantizar la prestación de servicios relacionados con el VIH basados en los derechos (véase el cuadro 6 a continuación).

Cuadro 6: el derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

Disponibilidad significa que es necesario contar con “un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” (64).

Accesibilidad significa que los “bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna”, y eso comprende la accesibilidad física y geográfica, así como la económica o financiera (es decir, la asequibilidad) (64).

Aceptabilidad significa que todos “los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados –es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida–, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate” (64).

Los requisitos de calidad incluyen que, “además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad” (64).

Aplicar una perspectiva basada en las desigualdades a estas normas significa considerarlas para todas las poblaciones afectadas dentro de la prestación de servicios y determinar cómo cada una de ellas puede apoyar de forma más útil los servicios relacionados con el VIH que se ofrecen.

Financiamiento del sistema sanitario: En casi todos los países, sería útil aumentar las asignaciones gubernamentales a los servicios sanitarios y relacionados con el VIH; en función del contexto, las vías prometedoras para recaudar los fondos adicionales necesarios para ello incluyen mecanismos de financiamiento común, como las políticas fiscales progresivas. Garantizar que el financiamiento relacionado con el VIH para la prestación de servicios en los centros –incluidos los recursos humanos, la infraestructura de laboratorio, los sistemas de información y las cadenas de suministro– se canalice a través del sistema sanitario en lugar de utilizarse para establecer sistemas paralelos puede maximizar la eficiencia en el país. También se ha constatado que es crucial contar con un financiamiento suficiente de los servicios comunitarios, como la contratación social.

En muchos países, el gasto de bolsillo sigue representando una parte importante del gasto en asistencia sanitaria, con especial incidencia en los países de bajos ingresos y en las personas con recursos económicos limitados. Los gastos de bolsillo se consideran una fuente regresiva de financiamiento, lo que significa que los grupos de ingresos más bajos contribuyen con una parte desproporcionadamente mayor de sus ingresos en comparación con los grupos de ingresos más altos (65, 66). Esto supone un reto para las personas de bajo nivel socioeconómico, lo que desincentiva el acceso a los servicios sanitarios.

El financiamiento del sistema sanitario para el VIH debe situarse dentro de las estrategias de financiamiento más amplias e incluir una atención explícita a la lucha contra las desigualdades relacionadas con el VIH.

Personal de salud: El déficit de recursos humanos para la salud, incluida la prestación de servicios relacionados con el VIH y otros servicios que necesitan las personas que viven con el VIH, es un hecho conocido. El personal de salud suele concentrarse en las zonas urbanas, lo que deja a algunas partes del país especialmente desatendidas. Se han observado deficiencias en la formación del personal de salud, especialmente en lo que respecta a la prestación de una atención no discriminatoria a las poblaciones clave, incluidas las personas que viven con el VIH. La escasez de personal de salud especializado –incluido el formado para llegar y trabajar de forma no discriminatoria con poblaciones clave y otras poblaciones marginadas– también limita la disponibilidad y la calidad de los servicios en muchos lugares. Los trabajadores de la salud comunitarios, que a menudo trabajan con grupos de apoyo comunitarios, son un componente clave del personal de salud; como tales, deben ser reconocidos y remunerados justamente. Si bien las mujeres constituyen la mayor parte del personal de salud, incluso en la prestación de servicios y la dotación de personal de las organizaciones comunitarias, a menudo no se las incluye en la toma de decisiones en torno a la respuesta al VIH. El personal de salud determina la experiencia de los ciudadanos con los servicios sanitarios y su cantidad, calidad, distribución y compromiso generales son determinantes cruciales de una calidad asistencial sostenida.

Productos médicos, vacunas y tecnologías: El desabastecimiento frecuente de medicamentos, equipos y suministros repercute negativamente en la calidad de la atención y puede contribuir a reducir la continuidad de la terapia antirretroviral y otros servicios. Esto incluye el abandono de la atención, principalmente en el caso de las personas que ya tienen dificultades para acceder a los servicios. A un nivel más macro, muchas normativas de propiedad intelectual agravan las desigualdades en el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias. Las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) son importante para abordar las desigualdades entre países: si bien el ADPIC se diseñó para aumentar el acceso a los medicamentos, incluidos los medicamentos y las tecnologías para el VIH, la reticencia a utilizar estas flexibilidades sigue impidiendo el acceso en muchos países de ingresos bajos y medios.

Sistemas de información sanitaria: Existe una gran carga informativa en lo que respecta a los datos relacionados con el VIH, pero no siempre se lleva a cabo con vistas a comprender las desigualdades relacionadas con el VIH. Los datos que pueden recopilarse a través de los sistemas de información sanitaria para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH incluyen no solo los resultados, sino también información sobre las características individuales y los sistemas y servicios sanitarios disponibles. En el cuadro 1 de la sección “Datos disponibles y lagunas” (a continuación) se ofrecen más detalles sobre estos y otros tipos de datos para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH. En muchos países, los datos presentados son incompletos y pueden ser de mala calidad. Muchos sistemas de gestión e información sanitaria no recogen datos desglosados por los numerosos factores que subyacen a las desigualdades. Comprender las lagunas de datos y la mejor manera de llenarlas es un paso clave para una respuesta eficaz. Pero es igual de importante garantizar que los datos se utilicen realmente para tomar decisiones. En la sección “Datos disponibles y lagunas” (a continuación) se abordan otras consideraciones relativas a los datos.

Impulsores agravantes e interrelacionados

Una mejor comprensión de por qué y cómo se agrupan los distintos tipos de privaciones puede permitir que las políticas y los programas respondan mejor a las experiencias vividas y marquen una mayor diferencia en la vida de las personas. Para ello es necesario “reconocer los sistemas de opresión y discriminación” que hacen que determinadas poblaciones sean más susceptibles a estas formas de privación y exclusión (2). Si se tienen en cuenta los fallos estructurales, sistémicos y de los servicios que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad individuales al VIH, los programas pueden abordar mejor las causas profundas de las desigualdades relacionadas con el VIH. En lugar de tratar las manifestaciones de estas desigualdades dentro de respuestas verticales aisladas, las respuestas al VIH se diseñan mejor prestando atención explícita a cada uno de estos diferentes niveles y a las relaciones entre ellos y a lo que esto significa para la experiencia individual.

Datos disponibles y lagunas

Los datos desglosados son un requisito fundamental para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH y fundamentar las respuestas. A pesar de ello, el acceso a estos datos plantea una serie de dificultades y se reconoce la necesidad urgente de mejorar el desglose por sexo, edad y otros estratificadores. Esto se ha reconocido hasta cierto punto en el ODS 17.

ODS 17,18: Mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.

Existen datos sobre las desigualdades relacionadas con el VIH y sus causas en multitud de fuentes que tradicionalmente no se han analizado juntas. Existe una gran variedad de herramientas de recopilación de datos relacionados con el VIH, pero es posible que no reflejen explícitamente las desigualdades. Del mismo modo, existen algunas herramientas excelentes para medir las desigualdades (por ejemplo, el marco de seguimiento de la desigualdad multidimensional), pero no se centran en el VIH (67). Cuando se utilicen estas herramientas, se

podrán obtener datos útiles para informar y complementar la aplicación del manual de desigualdades relacionadas con el VIH.

No obstante, siguen existiendo importantes lagunas de datos en todo el mundo, que deben identificarse para buscar información adicional que sirva de base a las intervenciones relacionadas con el VIH a corto plazo y para mejorar los procesos de recopilación de datos con el fin de minimizar las lagunas a largo plazo. El uso de las denominadas fuentes de datos no tradicionales –como los informes sobre experiencias vividas y logros programáticos– será especialmente beneficioso. En algunos lugares, las lagunas de datos pueden reflejar una falta de voluntad política basada en creencias socioculturales o religiosas para reconocer la existencia de determinados comportamientos. La ausencia de datos no constituye una prueba de la ausencia de una población o un comportamiento concretos y no debe utilizarse para justificar la inacción en áreas específicas de la respuesta al VIH; de hecho, las lagunas de datos pueden poner de manifiesto poblaciones que han sido excluidas intencionadamente de la respuesta hasta la fecha. Este marco ofrece una visión general de los datos necesarios, algunas fuentes de datos ilustrativas que son útiles para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH y algunas sugerencias para identificar y abordar las lagunas de datos.

Datos necesarios

Para cada población que se identifique como afectada por desigualdades relacionadas con el VIH en un contexto determinado, es importante evaluar qué datos están disponibles y cuáles faltan. Esto ayudará a comprender el nivel y la naturaleza de las desigualdades que pueden estar experimentando las personas de la población identificada.

El cuadro 1 destaca algunos de los diferentes tipos de datos generalmente disponibles que pueden ser útiles para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH y sus causas. También podría ayudar a identificar cuáles de estos tipos de datos no están disponibles, creando así posibles puntos ciegos. La columna uno incluye algunos de los datos de resultados comunes relacionados con el VIH disponibles en la mayoría de los países. La columna dos incluye algunas de las características y acciones individuales exploradas anteriormente que afectan a las desigualdades relacionadas con el VIH; es útil considerar cuántos de los datos de la columna uno pueden desglosarse por las características de la columna dos (incluido el desglose por más de una característica al mismo tiempo). Las columnas tres y cuatro son tipos de datos relevantes para los impulsores de las desigualdades basados en los factores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios sanitarios explorados anteriormente. El uso de datos para comprender los factores que impulsan las desigualdades detectadas puede ayudar a fundamentar las intervenciones y actividades de promoción para abordarlas.

Tabla 1. Datos útiles para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH

Datos de resultados relacionados con el VIH (incluido el objetivo 95-95-95)	Características y acciones individuales	Factores sociales y estructurales (incluido el objetivo 10-10-10)	Sistemas y servicios sanitarios
Incidencia Modos de transmisión Prevalencia Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado Porcentaje en tratamiento Supresión de la carga viral Mortalidad Estimaciones del tamaño de la población (por ejemplo, poblaciones clave, migrantes o presos)	Sexo Orientación sexual Identidad de género Edad Riqueza Educación Geografía Capacidad Casta Clase Raza/etnia Estado/historial de encarcelamiento Religión Grupos de población clave Conocimientos relacionados con el VIH Comportamientos relacionados con el VIH	Leyes de protección Leyes penales y otras leyes punitivas Políticas Estigma y discriminación Seguridad alimentaria Normas de género Derechos humanos Violencia Migración Conflicto/emergencia Participación de la comunidad	Discriminación en los servicios Coste de los servicios/asequibilidad Cobertura y distribución de los servicios Distribución del personal de salud Calidad de los servicios Desabastecimiento

El análisis de los conjuntos de datos de estas columnas, combinados entre sí, puede aportar información útil. Por ejemplo, si los resultados relacionados con el VIH parecen especialmente malos en una determinada región de un país, sería importante revisar la distribución de los proveedores de servicios del VIH en la región. Para comprender mejor los factores impulsores de las desigualdades en esa región concreta, también será útil tener en cuenta factores adicionales relacionados con: (a) el sistema de salud; (b) el entorno jurídico y político; (c) las dimensiones de los derechos humanos y la igualdad de género; (d) la educación; (e) la situación socioeconómica; y (f) el estigma y la discriminación. Hacer esto permitiría empezar a crear una imagen más completa de las desigualdades relevantes relacionadas con el VIH y de lo que se necesita para abordarlas.

A pesar de la relevancia de este tipo de datos, siempre es importante tener en cuenta los derechos humanos y las consideraciones éticas pertinentes a la hora de recopilarlos, acceder a ellos o utilizarlos. Estos se presentan en el cuadro 7.

Cuadro 7. Derechos humanos y consideraciones éticas en relación con los datos

Si bien es importante invertir y ampliar la disponibilidad de datos desglosados, la seguridad de las personas debe seguir siendo primordial. Esto significa que siempre hay que dar prioridad a los riesgos potenciales para las personas y los grupos durante la recopilación, el análisis, la revisión y la difusión de los datos. Esto puede ayudar a garantizar que nadie sea expuesto, categorizado y/o puesto potencialmente en peligro de forma inapropiada.

Un conjunto de principios –*Un enfoque de datos basados en derechos humanos para que nadie se quede atrás*, publicado en 2018 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)– proporciona orientación normativa y práctica para la recopilación, el desglose y el análisis de datos, incluso para la participación, la autoidentificación, la transparencia, la privacidad y la rendición de cuentas (2, 83).

Es probable que los datos sobre estos resultados, desigualdades e impulsores estén dispersos, incluso dentro de un entorno muy local. A continuación, se exploran una serie de fuentes potenciales, pero estas deben ampliarse cada vez con fuentes específicas del contexto, como bases de datos nacionales, evaluaciones de la sociedad civil y otros estudios de investigación.

Fuentes de datos

La comprensión de las desigualdades relacionadas con el VIH requiere un análisis sistemático de los datos disponibles: cuantitativos (desglosados, si procede y están disponibles), cualitativos y jurídicos y políticos. Es importante empezar por identificar la gama de conjuntos de datos disponibles en un contexto determinado. La conversación con las partes interesadas puede ayudar a identificar diferentes fuentes de datos que podrían analizarse conjuntamente, incluidas las fuentes de datos relevantes para las desigualdades que podrían no haberse tenido en cuenta tradicionalmente en la respuesta al VIH. Es importante que se incluyan datos de las instituciones nacionales de derechos humanos, de las organizaciones que trabajan con comunidades marginadas y de los defensores y las comunidades locales, ya que todo ello podría ayudar a arrojar luz sobre las desigualdades que permanecen invisibles en las fuentes oficiales. Dado que los datos están cada vez más georreferenciados, también puede ser útil el desglose espacial en la medida en que esté disponible (2).

Cuadro 8. Uso de datos de la hoja de cálculo de configuraciones de países de ONUSIDA

La hoja de cálculo de configuraciones de países de ONUSIDA es un documento interno que resulta útil para encontrar una visión general de los datos que ya se están recopilando como parte de una epidemia nacional de VIH y sus respuestas concretas, incluidos algunos posibles impulsores sociales y estructurales de las desigualdades. Cuando faltan datos, puede ser útil analizar estas lagunas para determinar en qué medida están causando puntos ciegos en la respuesta o impidiendo que determinadas personas o grupos se beneficien de ella.

La hoja de cálculo incluye una lista de las fuentes de datos en las que se basan los datos resumidos. Por ejemplo, bajo el título de “Habilitadores sociales”, se ofrece una puntuación sobre “políticas de criminalización” que se mide en una escala de 1 a 5 en la que una puntuación más alta indica una situación peor. Esta puntuación se basa en datos del Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN), por lo que recurrir a los datos originales ayudará a identificar qué tipos de políticas de criminalización existen; esto, a su vez, puede ayudar a aclarar quiénes son los más afectados por ellas.

También será importante conocer en qué medida se dispone de datos desglosados a nivel subnacional. Por ejemplo, la hoja de cálculo incluye datos a nivel nacional sobre la prevalencia del VIH entre los distintos grupos identificados, pero un análisis más detallado puede mostrar las diferencias y variaciones por zonas geográficas dentro del país. La atención a las diferencias geográficas es clave para todos los aspectos de una respuesta eficaz, como ayudar al sector sanitario a determinar las diferencias relevantes en la densidad de trabajadores de la salud.

Los datos sobre los compromisos de un país en materia de derechos humanos –así como las observaciones finales y recomendaciones pertinentes de los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos y otros procedimientos especiales y mecanismos de presentación de informes– pueden ayudar a arrojar luz sobre algunos factores estructurales, incluidas las violaciones de los derechos humanos, que influyen en la epidemia nacional del VIH.

A la hora de revisar y analizar las fuentes de datos, será especialmente crucial centrarse en las perspectivas y experiencias de las poblaciones clave y vulnerables. También deben utilizarse otras fuentes de datos específicas del contexto, como estudios de investigación, datos oficiales y datos cualitativos y anecdóticos. Esto ayudará a comprender mejor las experiencias de las poblaciones y los puntos fuertes y débiles de las respuestas programáticas a las desigualdades relacionadas con el VIH. El monitoreo y la investigación liderados por la comunidad son fuentes esenciales de datos específicos del contexto.

El anexo 2 proporciona una tabla de fuentes de datos que podría ser útil revisar para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH en el contexto nacional, incluidas muchas de las fuentes de datos utilizadas para crear la hoja de cálculo de la configuración de países de ONUSIDA.

Lagunas de datos comunes

Tras revisar todos los datos disponibles, es fundamental identificar y priorizar las lagunas de datos que limitan la comprensión de las desigualdades relacionadas con el VIH y sus impulsores subyacentes. Una pregunta clave es: ¿dónde falta información para comprender las desigualdades relacionadas con el VIH entre diferentes poblaciones (y grupos dentro de cada población) y los impulsores subyacentes de estas desigualdades? Los datos ayudarán a identificar los próximos pasos para abordar las desigualdades solo en la medida en que sean inclusivos y estén desglosados (2).

Todos los países se enfrentan a lagunas de datos relevantes para tratar de comprender las desigualdades relacionadas con el VIH y es necesario tener en cuenta cada vez las lagunas de datos específicas de cada contexto. Aunque estas lagunas varían según el país, es un hecho reconocido que hay escasez de datos en la mayoría de los lugares. Por ejemplo, muchos entornos carecen de datos sobre reclusos, inmigrantes y otras poblaciones móviles, personas con discapacidad, personas sin vivienda, consumidores de drogas y transexuales. Al considerar las desigualdades interseccionales, es importante recordar que las lagunas de datos en torno a las mujeres jóvenes en poblaciones clave, los hombres transgénero y los trabajadores sexuales son especialmente comunes.

Las estimaciones precisas del tamaño de la población son una herramienta importante para orientar las decisiones de programación eficaces. Incluso cuando existen estimaciones del tamaño de la población o cuando los comportamientos están penalizados o muy estigmatizados, conviene recordar que es probable que se trate de subestimaciones (68).

Otro factor importante a la hora de evaluar la utilidad de los datos existentes es saber cuándo se recopilaron por última vez y con qué frecuencia. Por ejemplo, cuando se utilicen datos de encuestas que solo se realizan cada cinco años, será imposible utilizarlos para hacer un seguimiento anual de los cambios. Será importante determinar cuál es la mejor frecuencia para recopilar los distintos tipos de datos para ayudar a orientar los esfuerzos encaminados a abordar de forma más sistemática las desigualdades relacionadas con el VIH.

Llenar las lagunas de datos

Las poblaciones que faltan en los datos o cuyas historias no se explican a partir de los datos deben ser reconocidas y se deben poner en marcha esfuerzos adicionales para determinar las desigualdades relevantes relacionadas con el VIH que hay que abordar. A continuación, será importante identificar qué intervenciones podrían ayudar a llegar a estas poblaciones y cómo podrían reforzarse los sistemas de datos para recoger mejor la información necesaria para elaborar adecuadamente las respuestas locales al VIH.

Como se ha señalado anteriormente, es importante implicar a las comunidades afectadas y a las organizaciones lideradas por la comunidad para que aporten datos programáticos y primarios adicionales (como entrevistas a informantes clave o debates en grupos de discusión) que puedan complementar los datos disponibles. En la medida de lo posible, la inversión adicional en más y mejores datos cuantitativos junto con la recopilación de datos cualitativos podría facilitar la comprensión y el tratamiento de las desigualdades relacionadas con el VIH.

Desglosar los datos en más de una dimensión al mismo tiempo puede ser un reto. En algunos casos –como en el desglose por sexo y ubicación– es bastante viable. En otros casos, sin embargo, tal vez simplemente no sea posible desglosar lo suficiente como para comprender la incidencia del VIH entre las adolescentes de minorías étnicas que viven en entornos urbanos

informales. A veces, el tamaño de las muestras es demasiado pequeño para permitir el desglose; otras veces no se recopilan datos sobre todos estos factores potenciales de desigualdad. Siempre hay un equilibrio entre el tamaño de la muestra, la frecuencia de la recopilación de datos y el detalle de los datos recopilados. Puede ser útil volver a considerar estas cuestiones y lo que se prioriza desde la perspectiva de las desigualdades porque el equilibrio puede cambiar para permitir un mayor desglose.

Trabajar con datos limitados es un reto, pero no es imposible. Las experiencias de las comunidades y los ejecutores, incluidas las pruebas anecdóticas, pueden ayudar a orientar las intervenciones en ausencia de una base de pruebas más formal. Los datos cuantitativos, cualitativos y políticos son todos importantes y, en muchos casos, cuando falta uno de estos tipos de datos, los otros dos pueden contribuir a aclarar la situación si se analizan conjuntamente. Una vez reunidos todos los datos pertinentes, será útil que un grupo de múltiples partes interesadas reflexione conjuntamente sobre ellos y ponga sobre la mesa sus respectivas experiencias para evaluar la calidad de los datos, las lagunas y las prioridades de cara al futuro. En última instancia, puede ser necesaria una recopilación de datos adicional, pero es importante aprovechar al máximo los distintos tipos de datos disponibles para garantizar que no se deja atrás a las poblaciones solo porque no existen buenos datos.

Del análisis a la planificación

El análisis anterior de los datos relativos a las desigualdades relacionadas con el VIH está diseñado para sustentar la acción. La inversión en intervenciones estructurales, basadas en los derechos y que transformen la perspectiva de género es crucial para abordar la discriminación institucionalizada a todos los niveles y en todos los espacios y para cambiar las normas sociales perjudiciales por normas y prácticas equitativas. Una vez que se sepa con certeza qué datos existentes abordan los factores que impulsan estas desigualdades y obstaculizan la respuesta al VIH, se podrán ajustar las necesidades a las acciones prioritarias de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y el UBRAF 2022-2026. Por ejemplo, si una revisión tanto de los datos políticos como de los datos de resultados del VIH indica que existen leyes que penalizan las relaciones homosexuales entre hombres, entonces puede entenderse que estas son un impulsor de nuevas infecciones en esta población. A continuación, se podría dar prioridad a la programación para abordar los efectos de la ley, así como a la defensa legal para trabajar en favor de un cambio de la ley que esté en consonancia con las obligaciones internacionales del país en materia de derechos humanos. Si la asignación presupuestaria para los servicios dirigidos por la comunidad es muy baja, podría ser necesaria la incidencia política para aumentar el presupuesto. Por último, se puede identificar un copatrocinador principal para cada acción prioritaria en función de su mandato, capacidad y cartera existente que pueda diseñar actividades específicas que sirvan al doble propósito de contribuir a su mandato organizativo individual y al objetivo de ONUSIDA de reducir las desigualdades relacionadas con el VIH. En la siguiente sección se analiza el enfoque para hacerlo.

Cómo aplicar una perspectiva basada en las desigualdades: aplicación práctica de la teoría

Esta sección tiende un puente entre el contenido del marco descrito anteriormente y el manual al presentar a los lectores la aplicación práctica de una perspectiva basada en las desigualdades en las respuestas al VIH. Esta integración pretende ayudar a los programas contra el VIH a aprovechar mejor los beneficios de los avances científicos atendiendo a las complejas necesidades y realidades de las personas que experimentan desigualdades múltiples y a menudo entrecruzadas, con el fin de poner en práctica el principio “conoce tu epidemia, conoce tu respuesta”.

Abordar las desigualdades relacionadas con el VIH a través de la programación y la promoción

La estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y el UBRAF 2022-2026 hacen hincapié en la importancia de comprender y abordar las desigualdades como componente central del mandato de ONUSIDA. Este marco y el manual que lo acompaña están diseñados para aprovechar y reforzar los esfuerzos actuales del Programa Conjunto para cumplir este mandato y reforzar los esfuerzos de los países y las comunidades para llegar a todas las poblaciones, con especial atención en abordar las desigualdades que hacen que algunas poblaciones se queden atrás.

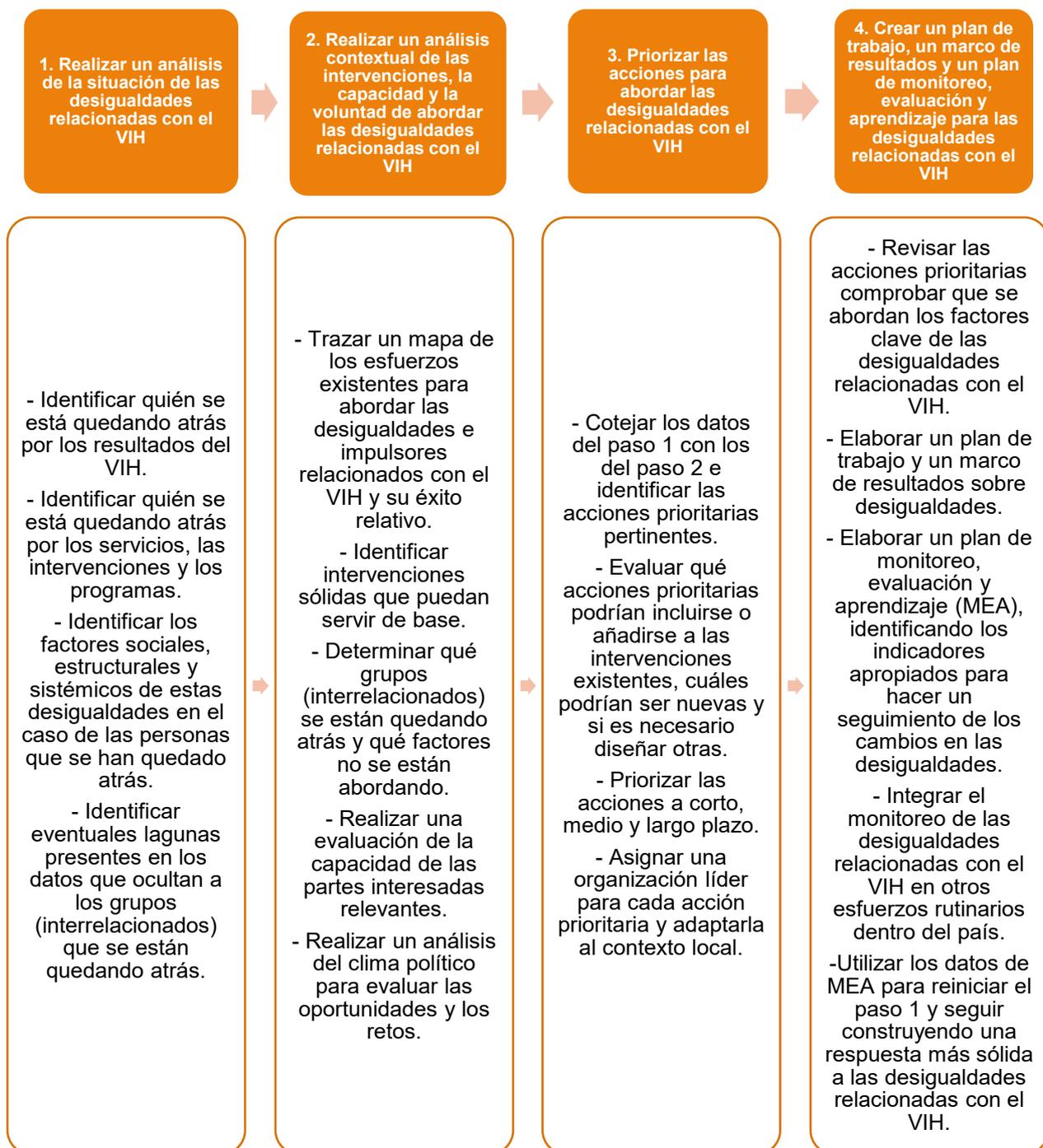
Esta sección ofrece un proceso gradual para la aplicación de una perspectiva basada en las desigualdades a las acciones prioritarias de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y a las actividades del UBRAF 2022-2026, garantizando que esta perspectiva se convierta en un elemento central de los planes de trabajo, los objetivos, los indicadores y la asignación de recursos de ONUSIDA. Este proceso se ha diseñado para integrarse en otros procesos de planificación en curso, poniendo en primer plano la perspectiva basada en las desigualdades.

En la imagen 2 se presenta un proceso paso a paso para identificar, priorizar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Estos pasos pretenden ayudar al Programa Conjunto a identificar y abordar las desigualdades que se interponen en el camino para llegar a los más rezagados y alcanzar sus objetivos en todas las prioridades estratégicas y áreas de resultados de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Su objetivo es ayudar a que las respuestas nacionales se centren en reducir las desigualdades, no solo en mejorar los indicadores generales del VIH. En el manual adjunto se ofrecen más detalles y la aplicación práctica de estos pasos.

No existe una solución rápida para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Se trata de un objetivo ambicioso, a largo plazo y de gran importancia; será necesaria su realización progresiva para hacer frente a las desigualdades detectadas y garantizar la plena realización de los derechos humanos para todos. El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH y se basan en las normas y los estándares de derechos humanos. Están diseñados para ayudar a crear vías hacia la eliminación de las desigualdades relacionadas con el VIH, reconociendo que estas vías serán necesariamente largas y no directas. Cada paso adelante en el camino es un progreso; si puede medirse y puede corregirse el rumbo a medida que se

aprenden lecciones, se podrá alcanzar el objetivo final de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y acabar con el sida.

Imagen 2. Pasos para identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH



Pasos para identificar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

Preparación

Se supone que este proceso de cuatro pasos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH no será un proceso independiente, sino que se incorporará a los procesos de planificación estratégica existentes, como una actualización del plan estratégico nacional sobre el VIH, un ciclo de planificación del MCNUDS, la aplicación del manual “Leaving No One Behind”, una propuesta del Fondo Mundial o un proceso de desarrollo del plan operacional por país del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). Será importante identificar los próximos procesos a los que podría adjuntarse útilmente esta evaluación de las desigualdades. El marco y el manual están diseñados para ayudar a garantizar que se preste una atención sistemática a las desigualdades relacionadas con el VIH a lo largo de estos procesos, desde garantizar que en el grupo de planificación haya una serie de personas que comprendan las desigualdades hasta incluir una atención adecuada al desglose de los datos en los esfuerzos de seguimiento y evaluación propuestos. Integrar este análisis de las desigualdades en otros procesos en curso minimizará las necesidades de recursos adicionales y ayudará a garantizar que esta perspectiva se aplique a la respuesta nacional en su conjunto y que no constituya un ejercicio separado e inconexo.

Dentro de cualquier proceso más amplio, es importante identificar, evaluar y reunir la voluntad política y el apoyo de las comunidades afectadas, la sociedad civil, el Gobierno y otros para abordar las desigualdades visibles e invisibles relacionadas con el VIH. Es importante considerar quién –más allá del equipo “habitual” reunido para el proceso– debería estar incluido para ayudar a garantizar una atención adecuada a la gama de desigualdades identificadas relacionadas con el VIH que son relevantes para esta evaluación. Todo equipo debe ser multisectorial y abarcar no solo la salud, sino también otros sectores relevantes, como la educación, la protección social, la justicia, la juventud, el género, etc. El liderazgo de la comunidad y de la sociedad civil debe desempeñar un papel clave, tanto en el avance de esta labor como en los esfuerzos de supervisión y rendición de cuentas en torno a ella.

Antes de embarcarse en el proceso de cuatro pasos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH, pueden realizarse algunos trabajos preparatorios útiles. Este trabajo inicial podría incluir:

- Reunir la información que se utiliza actualmente en la respuesta al VIH.
- Identificar a las partes interesadas clave que abordan el VIH, las desigualdades o ambas cosas.
- Recopilar datos de fácil acceso que puedan ayudar a ilustrar por qué abordar las desigualdades relacionadas con el VIH será fundamental para la respuesta nacional.
- Identificar a las partes interesadas clave que abordan el VIH, las desigualdades o ambas cosas.
- Elaborar estrategias entre los copatrocinadores y otros socios sobre cómo establecer el proceso de evaluación.

Este trabajo preparatorio puede dar lugar a una nota conceptual que destaque la relevancia de la evaluación de las desigualdades relacionadas con el VIH y la necesidad de abordar estas cuestiones. Una vez que el Programa Conjunto haya completado este trabajo inicial, podrá comenzar el trabajo real: esto incluye implicar a otras partes interesadas y trabajar en la

elaboración de un plan de trabajo basado en pruebas, un marco de resultados y un marco de monitoreo y evaluación para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH, todo lo cual puede incorporarse a los planes y flujos de trabajo nacionales.

Paso 1: Realizar un análisis de la situación de las desigualdades relacionadas con el VIH

Una vez que los responsables de la toma de decisiones y las partes interesadas clave hayan sido identificados y se hayan comprometido a participar en todos los pasos de este proceso, el siguiente conjunto de acciones pretende ayudar a profundizar en la comprensión de las desigualdades específicas del contexto relacionadas con el VIH como preparación para determinar y priorizar los pasos de acción. Para ello, es necesario empezar por examinar a quién no se está llegando mediante la respuesta actual al VIH, lo que incluye comprender las diferencias entre poblaciones en cuanto a riesgos y resultados relacionados con el VIH y con respecto a la aceptación de servicios, programas e intervenciones. ¿Cuáles son las mayores desigualdades relacionadas con el riesgo y los resultados del VIH? Estas variarán en función del país, y los datos existentes y la experiencia en el país serán fundamentales para identificar qué poblaciones (y grupos dentro de esas poblaciones) en cada entorno se están quedando atrás en la actualidad. Los datos desglosados son fundamentales en este proceso y deben utilizarse siempre que estén disponibles.

Este proceso debe incluir también una evaluación de la disponibilidad y la calidad de los datos y de las lagunas que puedan requerir un estudio más profundo. Esta labor puede basarse en otras evaluaciones pertinentes, como “Conozca la epidemia” o el marco multidimensional de la desigualdad, con el fin de garantizar que los esfuerzos por comprender las desigualdades más relevantes para el VIH ocupen un lugar central (67). Comprender estas desigualdades más importantes dirige la atención hacia dónde hay que tomar medidas inmediatas, lo que empieza por investigar por qué existen estas desigualdades.

El siguiente análisis es un examen de los factores que pueden estar contribuyendo a estas desigualdades relacionadas con el riesgo y los resultados del VIH. Esto puede hacerse con un análisis de causalidad o de árbol de problemas que comience con la identificación de un problema central (como una continuidad del tratamiento del VIH desproporcionadamente baja entre las mujeres que consumen drogas) y se pregunte por qué ocurre esto. Una vez identificadas las causas inmediatas, el siguiente paso es preguntarse por qué se producen esas causas; esto se repite, profundizando cada vez más en las causas subyacentes (o causas “raíces”) que contribuyen al problema central. Es probable que las causas más inmediatas se experimenten a nivel individual (por ejemplo, conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH), influenciadas por causas más profundas relacionadas con los servicios (por ejemplo, calidad de la atención, prejuicios relacionados con el género y barreras a los servicios), los sistemas (por ejemplo, distribución de los trabajadores sanitarios y acceso a la toma de decisiones en la respuesta al VIH para las mujeres y las niñas de poblaciones clave), las sociedades (por ejemplo, discriminación social generalizada contra las personas que consumen drogas) y factores estructurales (por ejemplo, leyes y políticas que penalizan el consumo de drogas y/o la transmisión del VIH). En cada paso del análisis, puede ser útil dar un paso atrás y volver a comprobar que todas las partes interesadas están implicadas, ya que este análisis puede llevar a áreas inesperadas en las que se necesiten conocimientos adicionales.

También puede ser útil crear múltiples árboles de problemas para explorar los impulsores de las diferentes desigualdades relacionadas con el VIH que se experimentan. El análisis de los árboles

de problemas puede ayudar a identificar los factores que provocan múltiples desigualdades al mismo tiempo, lo que podría beneficiar a más de una población si se abordan.

Paso 2: Realizar un análisis contextual de las intervenciones, la capacidad y la voluntad de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

Después del paso 1, es necesario realizar un análisis contextual de las intervenciones actuales, la capacidad y la voluntad de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH para evaluar la viabilidad de abordar las desigualdades identificadas en un contexto determinado. Esto implica trazar un mapa de los esfuerzos actuales –formales e informales, prestando especial atención al nivel comunitario y de base– y de las fuentes de financiamiento disponibles en todos los sectores para abordar las desigualdades y los impulsores e identificar a través de este paso qué grupos se están quedando atrás y qué impulsores no se han abordado. Puede ser útil trazar un mapa no solo de las intervenciones centradas en el VIH, sino también de las intervenciones en otras áreas que se relacionan con el trabajo de los copatrocinadores y otros socios que podrían proporcionar puntos de entrada adicionales para la acción y recursos financieros para abordar las desigualdades.

El mapa también debe incluir la identificación de los puntos fuertes y débiles en cuanto a las capacidades del Gobierno, la sociedad civil, las comunidades afectadas y los copatrocinadores, así como las áreas en las que podría necesitarse asistencia técnica adicional. Para ello, será clave identificar cuál es el apoyo más útil que puede prestar el Programa Conjunto en los pilares de liderazgo, promoción, asociaciones, información estratégica, coordinación y gobernanza en los que trabaja normalmente, teniendo en cuenta el llamamiento a la acción del Sistema de las Naciones Unidas para abordar las desigualdades y los respectivos mandatos, los puntos fuertes y la presencia en los países de los copatrocinadores. En los casos en los que se ha trazado recientemente un mapa programático, esto puede proporcionar un buen punto de partida, pero es probable que se necesiten esfuerzos adicionales para garantizar un enfoque adecuado en las intervenciones para abordar las desigualdades en el contexto del VIH y para abarcar los esfuerzos de los copatrocinadores. La herramienta de evaluación del VIH y la protección social del Programa Conjunto también podría ser útil para apoyar el trabajo en esta área (69).

Los esfuerzos liderados por la comunidad deben ser fundamentales en todo este proceso, incluido el trabajo de las organizaciones lideradas por la comunidad, las redes de personas que viven con el VIH, los servicios liderados por la comunidad y el compromiso directo con los esfuerzos del Programa Conjunto u otros aspectos del liderazgo de la respuesta al VIH. También deben priorizarse los esfuerzos actuales y potenciales de los jóvenes. La viabilidad debe incluir un análisis del clima político –que incluya los ciclos electorales que podrían afectar la voluntad del Gobierno de comprometerse en cuestiones que podrían considerarse controvertidas–, las oportunidades de sinergias con otras iniciativas gubernamentales y el espacio de la sociedad civil. Otros factores importantes que conviene analizar son: (a) las relaciones entre el Programa Conjunto y el gobierno, así como con líderes religiosos y comunitarios; (b) la opinión pública; (c) el papel de los medios de comunicación; y (d) el papel de las redes sociales. También es esencial la voluntad general de colaborar a lo largo del tiempo entre todos los socios relevantes para aplicar cambios que puedan ayudar a remediar las desigualdades detectadas y sus causas.

Paso 3: Priorizar las acciones para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

Aquí es donde todos los análisis anteriores se unen para sustentar la acción. Una vez trazado el mapa de capacidades, el siguiente paso consiste en aplicar las ideas contextuales recogidas en

los pasos anteriores a las “acciones prioritarias” de las áreas de resultados de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Teniendo en cuenta las desigualdades y los impulsores del VIH identificados –y la viabilidad de abordar esos impulsores–, el siguiente paso es identificar cuáles de las acciones prioritarias de las áreas de Resultados de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 son más relevantes y podrían adaptarse adecuadamente al contexto local. Posteriormente, estas deben priorizarse y debe determinarse la viabilidad de poner en marcha intervenciones específicas. En todos los casos, deben planificarse acciones inmediatas para abordar las mayores desigualdades, aunque también pueden ser necesarios planes a más largo plazo para abordar otros impulsores estructurales. Incluso los impulsores estructurales pueden desglosarse en pasos más pequeños e inmediatos: por ejemplo, en lugar de intentar abordar las “normas de género desiguales”, las intervenciones podrían centrarse específicamente en un solo aspecto de esto, como garantizar que las mujeres jóvenes tengan acceso a la información y los servicios pertinentes o enfrentar las normas nocivas de la masculinidad.

Analizar lo aprendido en los pasos 1 y 2 puede ayudar a orientar la selección de los impulsores que deben priorizarse, lo que, a su vez, puede servir de base para las acciones. La información clave para tener en cuenta de los pasos 1 y 2 incluye lo siguiente:

1. ¿Qué grupos (y grupos dentro de ellos) se están quedando atrás en la respuesta al VIH?
2. ¿Cuáles son los principales impulsores de las desigualdades que afectan a estos grupos de forma individual y colectiva? ¿Son los mismos?
3. ¿Qué impacto tendría en el curso de la epidemia del VIH si se pudieran abordar estos impulsores sociales, estructurales, sistémicos y de servicios?
4. ¿Qué trabajos financiados existen para abordar estos factores identificados?
 - ¿Cómo se podría desarrollar y reforzar este trabajo fundacional para abordar mejor los principales impulsores?
 - ¿Qué intervenciones pueden dejar de ser necesarias?
 - En los casos donde no existen trabajos financiados, ¿dónde podrían ser necesarios nuevos esfuerzos para abordar las actuales lagunas y puntos ciegos?
5. ¿Qué capacidad existe en el país para abordar estos nuevos impulsores?
 - ¿Se necesita apoyo para abordar estos impulsores o para crear capacidad para abordarlos?
6. ¿Qué tipo de apoyo político existe para abordar estos impulsores identificados? ¿Dónde será más necesario?

Entre las preguntas que deben tenerse en cuenta para establecer prioridades figuran las siguientes:

1. ¿Cuáles de las intervenciones que se han identificado como prioritarias podrían incluirse en (o añadirse a) intervenciones existentes y cuáles podrían ser totalmente nuevas?
2. Dentro de estas acciones prioritarias, ¿qué intervenciones podrían –o ya se ha demostrado que pueden– reducir en mayor medida las desigualdades relacionadas con el VIH?
3. ¿Qué nuevas intervenciones identificadas a través de este ejercicio parecen más viables en este momento para impactar en las desigualdades relacionadas con el VIH si se ponen en práctica?
4. ¿Cómo podrían agruparse las intervenciones para crear beneficios sinérgicos entre las diversas formas de desigualdad?
5. ¿Existen desigualdades e impulsores de importancia para la epidemia local del VIH que no estén abordados de manera suficiente por ninguna de las acciones prioritarias identificadas?

6. ¿Es necesario seleccionar acciones prioritarias adicionales o diseñar nuevas intervenciones no incluidas en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 para garantizar que se abordan los principales impulsores?
7. ¿Cómo pretenden las intervenciones prioritarias mejorar el ejercicio de los derechos humanos, transformar las normas de género perjudiciales y promover la participación y el liderazgo de la comunidad?
8. Considerando las acciones prioritarias más relevantes a la luz de todas las desigualdades y los impulsores identificados –y en función de la viabilidad, incluido el potencial de cambio–, ¿qué actividades deberían priorizarse a corto, medio y largo plazo?

A continuación, se puede identificar la organización o las organizaciones líderes apropiadas para cada actividad, prestando atención a la división del trabajo del Programa Conjunto y según lo indicado en el UBRAF 2022-2026. Esto puede variar en función del país. Las organizaciones líderes identificadas para cada actividad pueden dirigir el proceso de priorización de acciones y actividades en consonancia con la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y el UBRAF 2022-2026 y desarrollar las correspondientes actividades adaptadas localmente y los indicadores debidamente desglosados. Se necesitarán indicadores adicionales para registrar los impactos relacionados. Todos estos indicadores ayudarán a determinar la eficacia de estas intervenciones en la reducción de las desigualdades relacionadas con el VIH y contribuirán a la presentación de informes sobre los indicadores del UBRAF 2022-2026, tanto sobre las áreas de resultados como sobre las funciones de la Secretaría.

Paso 4: Crear un plan de trabajo, un marco de resultados y un plan de monitoreo, evaluación y aprendizaje para las desigualdades relacionadas con el VIH

Una vez identificadas y priorizadas las acciones sugeridas para la Secretaría y los copatrocinadores de ONUSIDA, cada acción identificada puede revisarse y abordarse utilizando las conclusiones de la aplicación de la perspectiva basada en las desigualdades (véanse los pasos anteriores). También se debe involucrar a los socios mejor posicionados para abordar las desigualdades identificadas, prestando atención a la participación y el liderazgo de las organizaciones lideradas por la comunidad en los procesos que se describen a continuación.

Siempre que sea posible, el plan de trabajo, el marco de resultados y el plan de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas resultantes de esta evaluación deberían integrarse en los procesos y planes existentes –como los planes nacionales sobre el VIH, la planificación del MCNUDS, las solicitudes nacionales de financiación, etc.– para incorporar un enfoque basado en las desigualdades en todos los objetivos, actividades, indicadores y esfuerzos de monitoreo nuevos y existentes.

La elección de indicadores apropiados es fundamental para poder evaluar la eficacia de los esfuerzos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Las fuentes de datos consultadas en el análisis de la situación podrían ser puntos de partida útiles para identificar los tipos de indicadores más apropiados y la mejor manera de desglosarlos. (Véase también en el anexo 2 una lista de posibles fuentes de consulta para distintos tipos de datos) Una vez identificadas las lagunas y las necesidades de datos, podrían incluirse en el plan de trabajo actividades para promover la recopilación de dichos datos o proporcionar apoyo técnico a las partes interesadas adecuadas para recopilarlos. La participación de la comunidad debe ser fundamental en todos estos planes y procesos para ayudar a garantizar que las voces, el liderazgo y la toma de decisiones de las personas que viven con el VIH o se ven afectadas por él formen parte de la respuesta nacional. Este es particularmente el caso con respecto a la selección de indicadores fundamentales y el diseño de procesos de recopilación de datos, ya

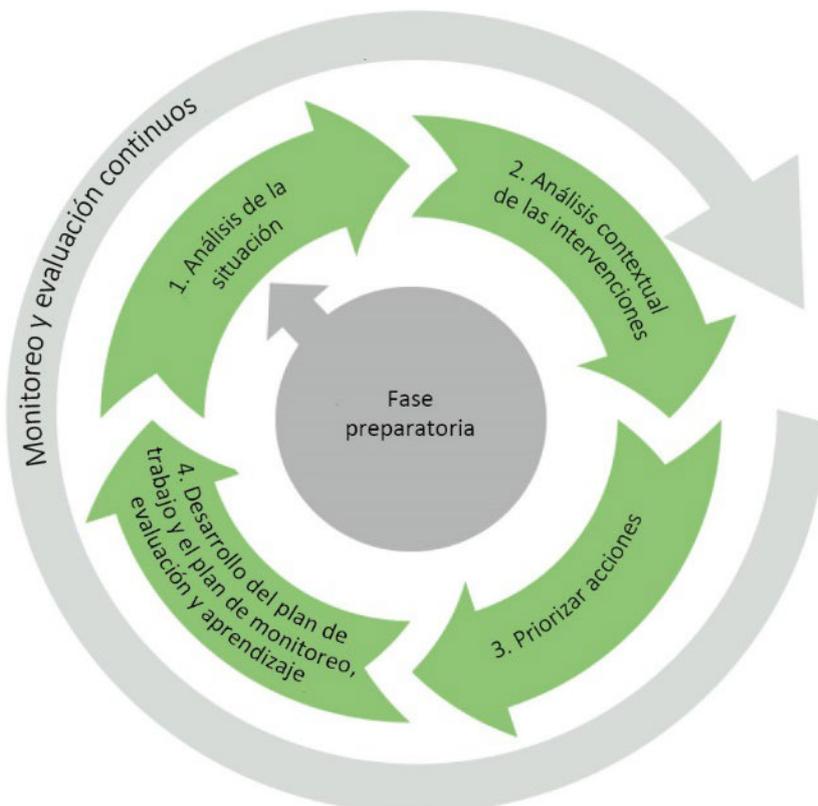
que el conocimiento de la comunidad puede ayudar a llenar las lagunas de datos “oficiales”. Además, será importante considerar cómo este trabajo contribuye a los indicadores de la Secretaría para el UBRAF 2022-2026.

Es fundamental que se lleve a cabo un monitoreo y una evaluación continuos de los esfuerzos para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH, que se utilicen los datos para corregir el rumbo, que se compartan las lecciones aprendidas y que se comprueben periódicamente los avances hacia los puntos de referencia y los objetivos. No se necesita un sistema paralelo para supervisar los avances en la lucha contra las desigualdades relacionadas con el VIH. Teniendo en cuenta cuestiones más amplias de derechos humanos, género y desigualdad, esto debería llevarse a cabo como parte de los esfuerzos rutinarios en el país, de forma coordinada con el Gobierno, la sociedad civil y otros socios relevantes. Deben utilizarse (o, en caso necesario, crearse) sistemas sólidos de rendición de cuentas para ayudar a hacer un seguimiento de los avances realizados en la lucha contra las desigualdades relacionadas con el VIH y proporcionar vías de seguimiento y compensación cuando los avances sean insuficientes.

Seguimiento de este proceso de cuatro pasos

La imagen 3 ilustra el carácter continuo de este trabajo. Una vez finalizado este ejercicio de planificación inicial, es necesario realizar un monitoreo y una evaluación continuos. A corto y largo plazo, esto llevará a revisar los problemas originales y las soluciones aplicadas para evaluar su éxito y las dificultades encontradas. Esto contribuirá a dar una respuesta aún más contundente a las desigualdades relacionadas con el VIH.

Imagen 3. Evaluación y respuesta a las desigualdades relacionadas con el VIH



Ejemplo ilustrativo

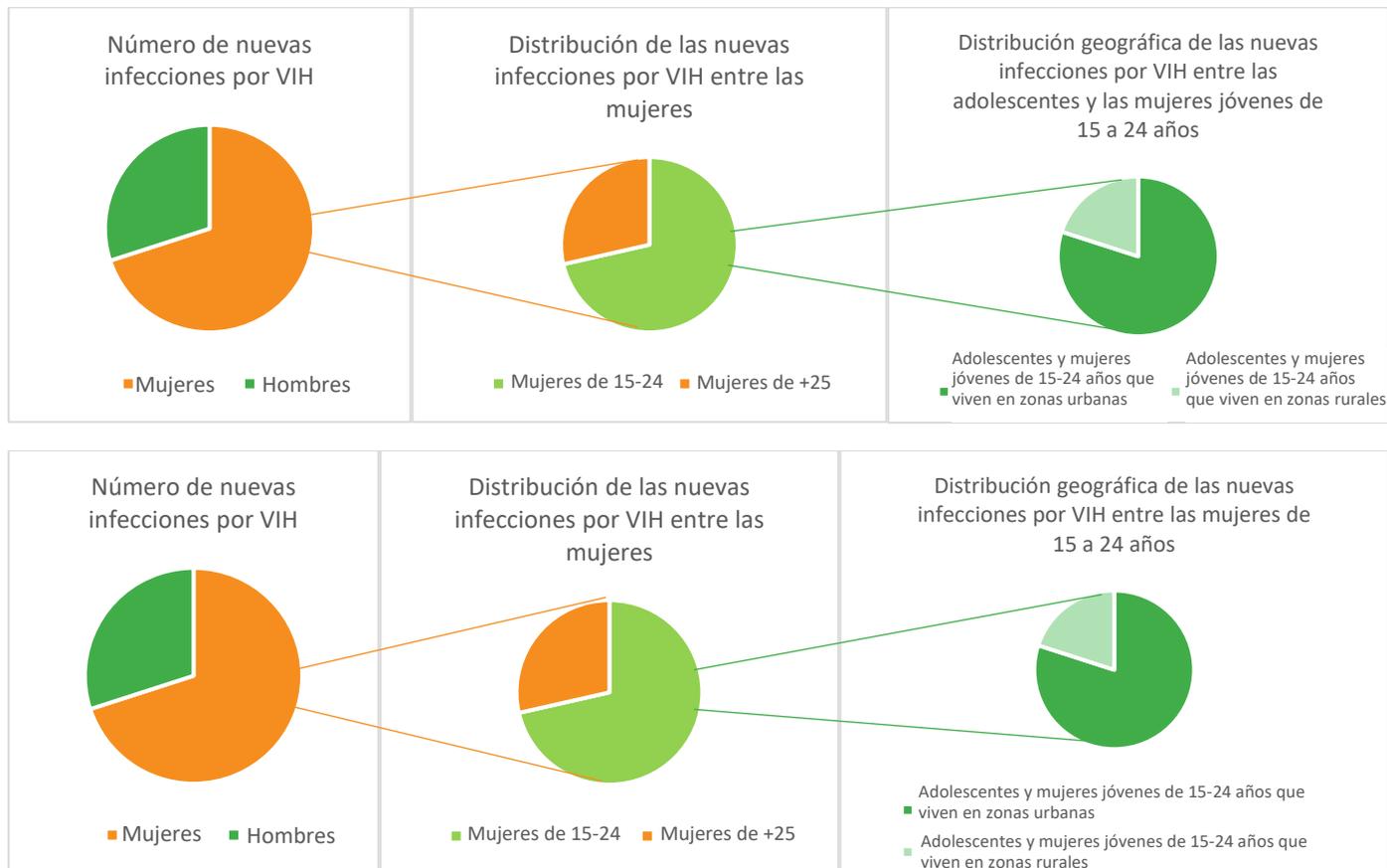
Para aclarar este proceso, a continuación se ofrece un ejemplo ilustrativo de su posible funcionamiento. Este es solo un ejemplo hipotético de prevención del VIH en un contexto determinado. Podrían realizarse análisis similares en torno a toda la atención, la mortalidad relacionada con el sida u otros indicadores y con respecto a diferentes poblaciones e impulsores. El ejemplo comienza en el paso 1 del proceso, asumiendo que el Programa Conjunto ya ha obtenido el compromiso de todas las partes interesadas.

Paso 1: Análisis de la situación de las desigualdades relacionadas con el VIH

¿Quién se está quedando atrás en la prevención del VIH?

¿Cuál es el desglose por población de las nuevas infecciones (modeladas o reportadas) en un país determinado? A modo de ejemplo, si se sabe que una mayoría significativa de estas nuevas infecciones se producen entre las mujeres, está claro que la prestación de servicios de prevención del VIH dirigidos a las mujeres debe ser una prioridad. Sin embargo, ¿se ven afectadas todas las mujeres por igual en ese país? En este ejemplo, las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) presentan tasas de incidencia aún más elevadas que las demás mujeres y, dentro de este grupo, las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas son las más afectadas. El uso de los datos existentes, aunque limitados, para comprender este desglose básico de las nuevas infecciones por VIH ayuda a delimitar mejor cómo podrían enfocarse de forma útil los esfuerzos de prevención del VIH. Esto se ilustra en la imagen 4. Estas diferencias solo pueden esclarecerse mediante un análisis basado en la equidad, lo que en este ejemplo incluiría la edad y el lugar de residencia.

Imagen 4. Análisis de la distribución de las nuevas infecciones por VIH: un ejemplo ilustrativo



En función de la disponibilidad de los datos, este análisis podría profundizarse. Por ejemplo, sería útil identificar las diferencias en función de la riqueza: ¿se dispone de datos para desglosar las nuevas infecciones por VIH entre las adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 24 años que viven en zonas urbanas por quintil de riqueza o algún otro factor? Lamentablemente, estos datos no están disponibles en este ejemplo.

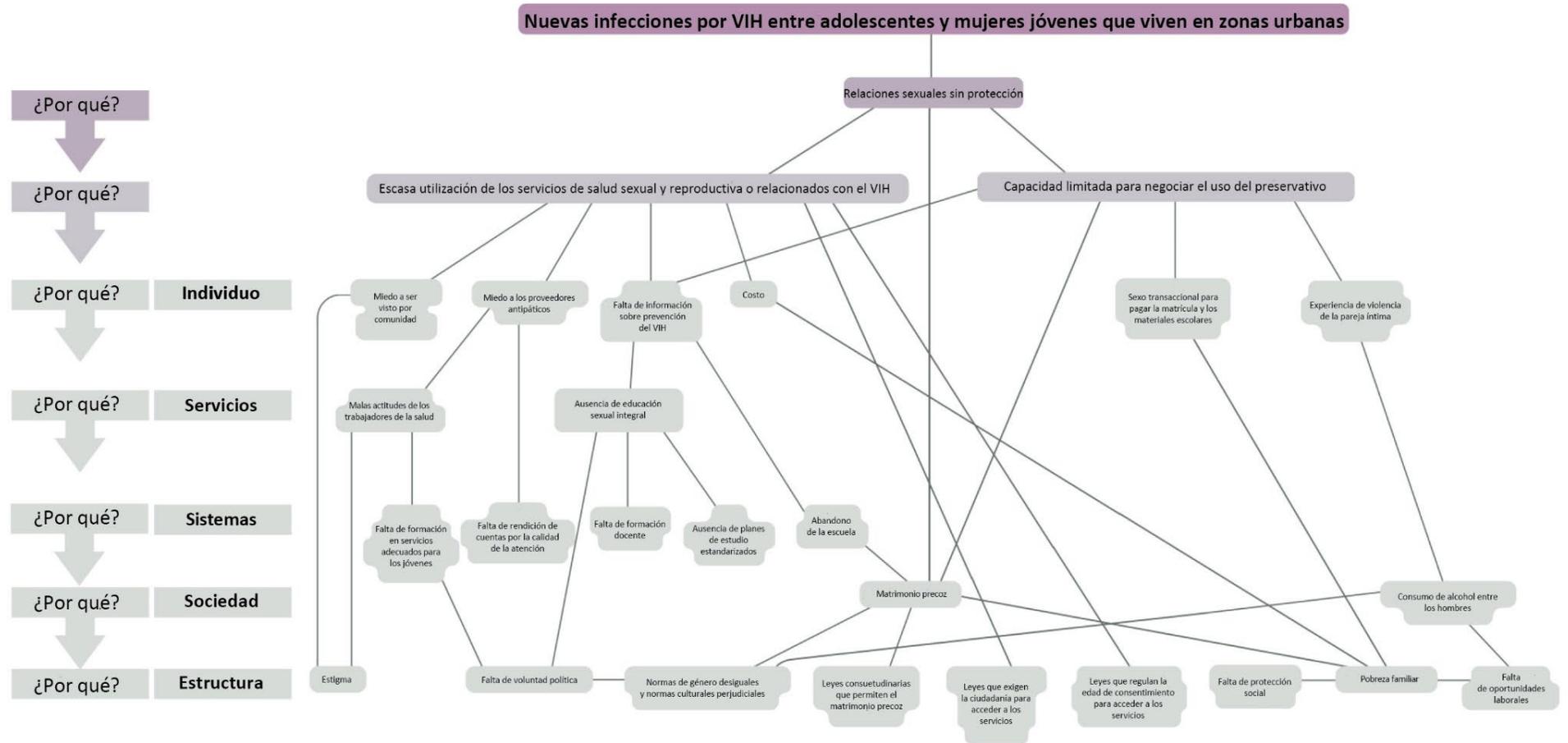
En realidad, habrá más de un grupo que contribuya sustancialmente a las nuevas infecciones por VIH. Incluso centrando la atención en las adolescentes y las mujeres jóvenes, podría ser importante examinar cada grupo por separado. Esto podría hacerse tanto en los pasos anteriores de profundizar en el detalle de quién resulta más afectado, como en todas las secciones posteriores de este ejemplo: las diversas desigualdades relacionadas con el VIH podrían tener diferentes impulsores y, por lo tanto, requerir diferentes acciones. También podría ser importante tomar en cuenta otros grupos de la población como los trabajadores migrantes, las personas desplazadas y las poblaciones clave, y quienes podrían asimismo quedarse atrás de estos grupos.

¿Por qué se están quedando atrás?

Una vez que se ha identificado quién se está quedando atrás en términos de prevención del VIH, examinar los factores que impulsan estas desigualdades en el riesgo y los resultados del VIH implica preguntarse por qué las mujeres de 15 a 24 años que viven en zonas urbanas están experimentando una incidencia del VIH desproporcionadamente alta. Esto puede responderse realizando el análisis tradicional del árbol de problemas. En la parte superior del “árbol” se

encuentra el problema central: al preguntarse por qué es un problema, se pueden identificar sus causas inmediatas. Al preguntarse por qué estas causas inmediatas son un problema, se pueden explorar las causas subyacentes. A través de este ejercicio, pueden extraerse los diferentes impulsores del problema central y sus interrelaciones. Este ejercicio puede basarse en los datos empíricos disponibles y en los conocimientos y la experiencia del grupo que realiza el análisis. La imagen 5 muestra un árbol de problemas para este ejemplo hipotético centrado en las adolescentes y mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas.

Imagen 5. Análisis del árbol de problemas: un ejemplo ilustrativo



Los recuadros grises ilustran algunos de los factores que, en esta situación hipotética, impulsan la elevada incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas. Estos incluyen una mezcla de los diferentes tipos de impulsores analizados en este marco –incluidos los sociales, estructurales, del sistema sanitario y de los servicios– junto con las características y acciones individuales. Es importante reconocer que las experiencias serán diferentes, incluso dentro de esta población, y que cada uno de los factores mencionados ofrece una oportunidad de intervención. También es probable que, aunque ya existan algunas intervenciones, sea necesario intervenir en múltiples niveles. Es útil considerar las relaciones entre los diferentes recuadros del diagrama para comprender qué diferentes puntos de intervención podrían constituir un conjunto sinérgico de factores para reducir las desigualdades relacionadas con el VIH que son relevantes para las adolescentes y las mujeres jóvenes.

Es importante observar dónde se entrecruzan las desigualdades en este diagrama. Por ejemplo, todo lo relacionado con la “pobreza familiar” afectará de forma desproporcionada a las adolescentes y mujeres jóvenes de menor nivel económico. Si bien no se disponía de datos relativos a las disparidades en función de la riqueza, este análisis del árbol de problemas en el análisis original de los datos disponibles (véase la imagen 4) permitió identificar la pobreza como un impulsor de la incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas. El entorno jurídico también es un reto, incluidas las leyes anticuadas sobre la edad de consentimiento. Además, las niñas que contraen matrimonio a una edad temprana se enfrentan a dificultades para acceder a los servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva y para negociar el uso del preservativo. Por lo tanto, incluso sin datos cuantitativos específicos de estos subgrupos dentro de la población general de interés, se pueden destinar recursos para llegar a ellos a partir de este análisis.

Paso 2: Análisis contextual de las intervenciones, la capacidad y la voluntad de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

En este ejemplo, ya están en marcha diversas intervenciones relevantes, entre ellas:

- Esfuerzos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para abordar las barreras legales relacionadas con el VIH, incluidas las leyes sobre la edad de consentimiento.
- Una reciente evaluación sobre la calidad de la atención llevada a cabo por la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres).
- Programa DREAMS de PEPFAR.

Es importante determinar el alcance y la cobertura geográfica de cada una de estas intervenciones y las partes interesadas clave. Saber que estos programas ya existen puede ayudar a identificar cómo podrían reforzarse para abordar algunos de los impulsores identificados de las desigualdades relacionadas con el VIH que son relevantes para esta población. Con una sólida intervención de base ya en marcha, podría ser útil dar prioridad a los impulsores que abordan estos programas porque ya se dispone de conocimientos y experiencia.

Con respecto a la capacidad dentro del país, algunas observaciones importantes en este ejemplo incluyen:

- El UNFPA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) tienen una fuerte presencia en los países y colaboran estrechamente con organizaciones de salud sexual y reproductiva lideradas por jóvenes.
- La sociedad civil relacionada con el VIH es fuerte y está unida.

Comprender que esta capacidad ya existe también podría ayudar a identificar los impulsores que podrían abordarse más factiblemente mediante nuevas intervenciones.

En cuanto a la voluntad política, se han producido algunos avances importantes en este contexto de ejemplo:

- Con el reciente cambio de Gobierno, el Ministerio de Educación ahora tiene interés en introducir la ESI.
- ONUSIDA mantiene una sólida relación con miembros clave del nuevo Gobierno.
- Dado el reciente cambio de Gobierno, no habrá elecciones durante cinco años, lo que sugiere que habrá cierta estabilidad entre los actores clave que participarán en este esfuerzo.

Con la llegada de un nuevo Gobierno, están claras algunas oportunidades de participación y el hecho de saber que no habrá elecciones proporciona una sensación de estabilidad que permite la participación en actividades a más largo plazo, incluidas las que podrían considerarse políticamente delicadas.

Paso 3: Priorizar las acciones para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH

Habiendo identificado los factores en todos los niveles de este marco conceptual que están impulsando la alta incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes en las zonas urbanas y las intervenciones actualmente en marcha para hacerles frente, ahora podemos utilizar la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 y el UBRAF 2022-2026 para ayudar a identificar las acciones prioritarias pertinentes que pueden servir de base a las intervenciones para hacer frente a estos factores y los indicadores para realizar un seguimiento del progreso. Todos los recuadros grises de la imagen 5 pueden verse como oportunidades de intervención para disminuir las nuevas infecciones que reconocen la diversidad de esta población, lo que, en última instancia, reducirá esta desigualdad relacionada con el VIH. Como reflejo de los distintos tipos de impulsores, las intervenciones pueden llevarse a cabo a distintos niveles, como el social, el estructural, el sistémico, el de los servicios y el individual.

Aquí es donde todos los análisis anteriores pueden unirse para sustentar la acción. Las preguntas formuladas a continuación pueden ayudar a organizar las conclusiones de los pasos anteriores de este proceso. Estas preguntas suelen tener varias respuestas; en este ejemplo ilustrativo se muestra una versión simplificada.

1. ¿Qué grupos (y grupos dentro de ellos) se están quedando atrás en la respuesta al VIH?
Adolescentes y mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas.
2. ¿Cuáles son los principales factores de desigualdad que afectan a estos grupos?
Se podría incluir cualquier cosa de las casillas grises del árbol de problemas anterior, como por ejemplo:
 - Estigma.
 - Falta de servicios adaptados a los jóvenes.
 - Falta de ESI.
 - Pobreza/falta de oportunidades laborales.
 - Barreras legales para el acceso de los adolescentes a los servicios.
 - Leyes que permiten el matrimonio infantil.
 - Normas culturales y de género.

3. ¿Qué impacto tendría en el curso de la epidemia del VIH si se pudieran abordar estos impulsores?
- Además de reducir las nuevas infecciones en las adolescentes y mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas, es probable que se produzcan los siguientes impactos:*
- Abordar el estigma reduciría las nuevas infecciones entre otras poblaciones que actualmente experimentan el estigma relacionado con el VIH.
 - Mantener a las niñas en la escuela mejoraría los niveles generales de educación.
 - Impartir ESI mejoraría los conocimientos sexuales y reproductivos de los adolescentes en general, incluida la prevención del VIH.
 - La prestación de servicios relacionados con el VIH adaptados a los jóvenes ampliaría el acceso de los adolescentes a los servicios de atención y tratamiento del VIH y aumentaría su permanencia en ellos.
 - La eliminación de las barreras legales para el acceso de los adolescentes a los servicios mejoraría la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en general, incluidas la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención del VIH.
4. ¿Qué trabajos financiados existen para abordar estos factores identificados?
- a. ¿Cómo se podría desarrollar y reforzar esto para abordar mejor los principales impulsores?
 - El PNUD está trabajando para hacer frente a las barreras legales relacionadas con el VIH; se podría hacer más hincapié en las barreras legales para el acceso de los adolescentes a los servicios y en la mejora de las leyes relativas al matrimonio infantil.
 - La OMS ha llevado a cabo recientemente una evaluación de la calidad de la atención en los servicios sanitarios que ha puesto de relieve la necesidad de servicios adaptados a los jóvenes; actualmente se está debatiendo el trabajo de seguimiento.
 - El programa DREAMS de PEPFAR se está aplicando en algunas regiones.
 - b. ¿Qué intervenciones pueden dejar de ser necesarias?
 - El Gobierno ha invertido en la ampliación de las pruebas del VIH para adolescentes en la atención prenatal y en garantizar que sepan que las pruebas están disponibles. Ahora la cobertura es muy alta y el acceso a las pruebas del VIH es conocido por esta población.
 - c. ¿Dónde no existen trabajos financiados y dónde podrían ser necesarios nuevos esfuerzos para abordar las actuales lagunas y puntos ciegos?
 - No se han realizado trabajos recientes sobre la ESI.
 - No se ha prestado atención a la adaptación de la protección social a las necesidades de las adolescentes y las jóvenes que viven con el VIH o se ven afectadas por él.
5. ¿Qué capacidad existe en el país para abordar estos impulsores identificados?
- El UNFPA y UNICEF tienen una fuerte presencia en los países y colaboran estrechamente con organizaciones de salud sexual y reproductiva lideradas por jóvenes.
 - La sociedad civil relacionada con el VIH es fuerte y está unida.
6. ¿Qué tipo de apoyo político existe para abordar estos impulsores identificados?
- Con el reciente cambio de Gobierno, el Ministerio de Educación ahora tiene interés en introducir la ESI.

- Hasta la fecha, el Ministerio de Salud se ha mostrado reacio a asignar un presupuesto específico a los servicios adaptados a los jóvenes.
- ONUSIDA mantiene una sólida relación con miembros clave del nuevo Gobierno.
- Dados los recientes cambios de Gobierno, no habrá elecciones durante cinco años, lo que sugiere cierta estabilidad entre los actores clave que participarán en este período.
- El Gobierno se ha comprometido a participar en la iniciativa “Education Plus” para apoyar la educación secundaria de las adolescentes.

Las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a orientar la selección de los impulsores a los que debe darse prioridad. Estos datos muestran algunas oportunidades claras para la acción, como la voluntad del nuevo Ministerio de Educación de comprometerse con la ESI, la fuerte capacidad en el país del UNFPA y UNICEF y las asociaciones y redes estratégicas fomentadas por la iniciativa “Education Plus”. El trabajo actual del PNUD para abordar las barreras legales relacionadas con el VIH, unido a la ausencia de elecciones próximamente, podría ofrecer otras oportunidades relacionadas.

La tabla 2 ilustra un proceso de identificación de actividades para abordar los impulsores de las desigualdades relacionadas con el VIH que se identifican en el ejemplo ilustrativo. La tabla no es exhaustiva –no se incluyen todos los impulsores relevantes identificados anteriormente–, pero está diseñada para demostrar el proceso que puede guiar la identificación de actividades relevantes tras el desarrollo de un árbol de problemas.

Teniendo en cuenta toda la información anterior, ¿cuáles son los impulsores específicos que parecen más importantes y factibles de abordar a corto plazo? Partiendo de estos impulsores específicos, en la tabla 2 se seleccionan acciones prioritarias ilustrativas de la estrategia mundial contra el sida 2021-2026 como las potencialmente más relevantes. Utilizando el UBRAF 2022-2026, se puede identificar la organización o las organizaciones líderes apropiadas, teniendo en cuenta que esto puede variar en función del país. El UBRAF 2022-2026 sirve, entonces, como un recurso útil para identificar las intervenciones que son relevantes para los impulsores y las acciones prioritarias. Estas acciones prioritarias pueden, entonces, adaptarse a los impulsores identificados y al contexto específico, como una geografía o una población específicas. En este ejemplo, su objetivo debería ser siempre reducir la incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas con el fin de reducir las desigualdades transversales a las que pueden enfrentarse en relación con la incidencia del VIH. Por último, se pueden seleccionar los indicadores pertinentes (que se tratarán con más detalle en el manual). En la tabla 2 se utilizan tres tipos diferentes de impulsores a modo de ejemplo para ilustrar parte de la magnitud de las acciones que podrían llevarse a cabo.

Tabla 2. Uso de los impulsores identificados de la incidencia desproporcionadamente alta del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes que viven en zonas urbanas para diseñar actividades y seleccionar indicadores: un ejemplo ilustrativo

Impulsores identificados de la desigualdad relacionada con el VIH del paso 2	Acciones prioritarias pertinentes, tal como se identifican en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026	Organización u organizaciones líderes	Actividades pertinentes, tal como se identifican en el UBRAF 2022-2026	Intervenciones adaptadas a los impulsores identificados	Indicadores pertinentes
<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de voluntad política para implementar la ESI; ■ falta de un plan de estudios estandarizado de ESI; ■ falta de formación de los docentes en ESI 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reforzar el acceso a servicios de ESI de buena calidad, con perspectiva de género y adecuados a la edad, tanto dentro como fuera de la escuela, que aborden las realidades de los adolescentes y los jóvenes en toda su diversidad, en consonancia con las orientaciones internacionales, las leyes nacionales, las políticas y el contexto. ■ Reforzar el acceso a programas de ESI de buena calidad, con perspectiva de género y adecuados a la edad, tanto dentro como fuera de la escuela, en particular para 	<p>Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aumentar las capacidades de los países para permitir que todos los jóvenes reciban una educación de calidad hasta el nivel secundario, incluido el acceso a la ESI, tal como se define en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026. ■ Crear asociaciones y colaboraciones para catalizar las acciones intersectoriales que aborden las dimensiones de género de la epidemia de sida. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar apoyo técnico a los Ministerios de Educación y Salud para que colaboren en la elaboración de un plan de estudios de ESI. ■ Proporcionar apoyo técnico al Ministerio de Educación para desarrollar la formación de los docentes en ESI. ■ Convocar reuniones con la sociedad civil liderada por jóvenes para que hagan aportes al plan de estudios. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan los principales conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH. ■ Porcentaje de escuelas que imparten el plan de estudios de ESI (con posibles subindicadores sobre el porcentaje de escuelas que imparten temas específicos dentro del plan de estudios). ■ Número de docentes formados para impartir el plan de estudios de ESI.

	las adolescentes y las mujeres jóvenes y las poblaciones clave jóvenes en entornos con una alta incidencia del VIH.				<ul style="list-style-type: none"> Número de organizaciones lideradas por jóvenes que participan en la elaboración de planes de estudios de ESI.
<ul style="list-style-type: none"> Leyes sobre la edad de consentimiento; matrimonio precoz 	<ul style="list-style-type: none"> Abordar las barreras legales estructurales y relacionadas con la edad a las que se enfrentan los adolescentes y las poblaciones clave jóvenes. Derogar las leyes y políticas discriminatorias que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres y niñas al VIH y abordar las violaciones de su salud y derechos sexuales y reproductivos. Eliminar los obstáculos jurídicos y políticos, incluidas las leyes y políticas sobre la edad de consentimiento, para que los adolescentes y jóvenes accedan a los servicios relacionados con el VIH y 	PNUD, UNFPA	<ul style="list-style-type: none"> Aprovechar las asociaciones (como la Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH) y otras plataformas (como la Comisión Global sobre VIH y la Legislación) para promover el acceso a la justicia y la creación de entornos jurídicos y políticos propicios, incluso mediante la eliminación de leyes y políticas punitivas y discriminatorias y la reducción del estigma y la discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar la defensa por parte de la sociedad civil de la derogación de leyes que puedan contribuir a la alta incidencia del VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes. Trabajar con el gobierno y las comunidades para sensibilizar a los parlamentarios sobre el impacto de estas leyes en la salud. Convocar debates en los que todas las partes interesadas puedan discutir con seguridad las barreras legales que afectan al VIH entre las 	<ul style="list-style-type: none"> Número de organizaciones que reciben apoyo en actividades para eliminar o enmendar leyes y políticas punitivas y discriminatorias y/o desarrollar otras leyes de protección que afecten la respuesta al VIH. Número de leyes de protección introducidas. Número de barreras legales eliminadas. La función de convocatoria de ONUSIDA se utiliza para proporcionar asesoramiento y apoyo en cuestiones de derechos humanos relacionadas

	<p>garantizar el acceso a otros servicios sanitarios y sociales. Esto incluye servicios de salud sexual y reproductiva, PrEP, preservativos y otros anticonceptivos, así como productos básicos y servicios sanitarios y sociales más amplios relacionados con el bienestar de los jóvenes.</p>			<p>adolescentes y las mujeres jóvenes.</p>	<p>con el VIH, las crisis y la violencia de género.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Discriminación en los servicios sanitarios y falta de servicios sanitarios adaptados a los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> Movilizar fondos para respuestas sostenibles lideradas por la comunidad, garantizando el apoyo financiero y una remuneración equitativa para el trabajo liderado por la comunidad y el financiamiento de actividades lideradas por redes de personas que viven con el VIH y poblaciones clave, incluidas aquellas lideradas por mujeres y jóvenes. 	<p>OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apoyar y orientar el fortalecimiento de los sistemas sanitarios para reducir las desigualdades, eliminar el estigma y la discriminación, implementar servicios integrados y diferenciados, mejorar los sistemas de información sanitaria, apoyar e integrar las respuestas lideradas por la comunidad y fortalecer los sistemas consolidados de gestión de la adquisición y el suministros y de laboratorios polivalentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la asignación de recursos nacionales para apoyar las redes de adolescentes y mujeres jóvenes que viven con el VIH. Apoyo técnico al Gobierno para institucionalizar la formación del personal sanitario en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres jóvenes que viven con el VIH que reportan experiencias de discriminación relacionada con el VIH en entornos sanitarios. Porcentaje de trabajadores de la salud formados en salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

A la vista de este conjunto de intervenciones, ¿alguien se está quedando atrás? Por ejemplo, si la ESI es solo un programa escolar, ¿cómo se conseguirá que las jóvenes y las niñas que no asisten a la escuela reciban información relacionada con el VIH y adquieran aptitudes? Si no se abordan los problemas de las tarifas a los usuarios, la protección social y la falta de oportunidades laborales, ¿cómo se llegará a las mujeres jóvenes y las niñas de bajo nivel económico con los servicios necesarios? Puede tratarse de un proceso iterativo de selección y diseño de intervenciones para garantizar que están adecuadamente enfocadas para no dejar a nadie atrás y tener un impacto significativo en la epidemia del VIH.

Paso 4: Crear un plan de trabajo, un marco de resultados y un plan de monitoreo, evaluación y aprendizaje para las desigualdades relacionadas con el VIH

El plan de trabajo debe incluir todas las intervenciones identificadas, así como los responsables de su ejecución y un cronograma. No es necesario que se trate de un documento independiente y específico para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH, sino que debería incorporarse a los planes de trabajo nacionales para promover una respuesta integrada y sostenible.

Para cada conjunto de intervenciones, los indicadores de resultados y de proceso pueden tomarse de la tabla 2 anterior. La fuente de estos datos, el apoyo técnico necesario, la frecuencia de la recopilación de datos y los niveles de desglose deben determinarse en esta fase. La tabla 3 ofrece un ejemplo basado en la prestación de servicios de ESI.

Tabla 3. Fuentes de datos, recopilación y desglose: un ejemplo ilustrativo

Tipo de indicador	Indicador	Fuente	Prestación de apoyo técnico	Frecuencia de la recopilación de datos	Desglose
Resultado	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan los principales conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH	Monitoreo Global del SIDA	ONUSIDA	Anual	Edad, sexo
	Porcentaje de escuelas que imparten el plan de estudios de ESI (con posibles subindicadores sobre el porcentaje de escuelas que imparten temas específicos dentro del plan de estudios)	Ministerio de Educación	UNESCO, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA	Anual	Distrito; tipo de escuela
Proceso	Número de docentes formados para impartir el plan de estudios de ESI de una manera centrada en los jóvenes y libre de prejuicios	Ministerio de Educación	UNESCO, UNFPA	Anual	Distrito; tipo de escuela
	Número de organizaciones lideradas por jóvenes que participan en la elaboración y la implementación de planes de estudios de ESI	UNFPA	N/A	Anual	Distrito

Una revisión de los indicadores UBRAF muestra que el siguiente indicador es el más relevante en este contexto:

“Número de países apoyados para ampliar las intervenciones multisectoriales que se ajustan a los compromisos ministeriales para aumentar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) adaptados a los jóvenes, incluida la educación sexual integral (ESI), para mejorar el bienestar de los jóvenes” (7). Los datos sobre este indicador se recopilarán anualmente. Esto implicará observaciones, evaluaciones, informes y revisiones que se comunicarán a través del sistema de monitoreo del Programa Conjunto.

Como sugieren las buenas prácticas, cuando no se avanza como se esperaba en la reducción de las desigualdades relacionadas con el VIH en esta población y en términos más generales, será necesario investigar por qué ocurre esto y si es necesario ajustar las actividades para mejorar la eficacia. Será un proceso inclusivo –basado también en las buenas prácticas– con las comunidades afectadas y los datos estarán a disposición del público para permitir la transparencia y promover la rendición de cuentas.

Introducción al uso del manual

El marco de desigualdades relacionadas con el VIH está destinado a utilizarse junto con el manual que lo acompaña, con el fin de ayudar al personal del Programa Conjunto a comprender y abordar mejor las desigualdades relacionadas con el VIH. Esto, a su vez, ayudará a reforzar las respuestas nacionales y locales para alcanzar los objetivos y compromisos establecidos en la estrategia mundial contra el sida 2021-2026, la declaración política de la Reunión de Alto Nivel y otros compromisos mundiales y regionales. En conjunto, estos productos pueden ayudar al Programa Conjunto no solo a mejorar la comprensión de los tipos de desigualdades y los contextos en los que se producen a partir de los datos existentes, sino también a considerar las lagunas de datos que, por ejemplo, pueden excluir de una atención suficiente a las poblaciones clave y a los grupos de mayor riesgo.

Como se introduce en los pasos descritos en el marco, el manual puede ayudar aún más a los programas a identificar puntos ciegos en el enfoque adoptado y a identificar nuevas oportunidades y áreas que requieren un esfuerzo adicional. Gracias al uso del manual, el personal del Programa Conjunto puede priorizar las intervenciones basadas en pruebas para abordar las cuestiones de desigualdad que se entrecruzan en torno al VIH y diseñar sistemas de monitoreo que incluyan indicadores y métricas de seguimiento con el fin de medir el progreso realizado en la lucha contra estas desigualdades. En el contexto actual de necesidades crecientes y recursos limitados, comprender los habilitadores sociales, las protecciones sociales y otros factores relativos a las desigualdades relacionadas con el VIH puede ayudar a priorizar las cuestiones más apremiantes dentro del mandato del Programa Conjunto.

Conclusión

No existe una solución rápida para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Se trata de un objetivo ambicioso, a largo plazo y de gran importancia; será necesaria su realización progresiva para hacer frente a las desigualdades detectadas y garantizar la plena realización de los derechos humanos para todos. El marco y el manual de desigualdades relacionadas con el VIH y se basan en las normas y los estándares de derechos humanos. Están diseñados para ayudar a crear vías hacia la eliminación de las desigualdades relacionadas con el VIH, reconociendo que estas vías serán necesariamente largas y no directas. Cada paso adelante en el camino es un progreso; si puede medirse y puede corregirse el rumbo a medida que se aprenden lecciones, se podrá alcanzar el objetivo final de abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y acabar con el sida.

Bibliografía

1. *Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida*. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
2. Leaving no one behind: equality and non-discrimination at the heart of sustainable development. The UN System Shared Framework for Action. Nueva York: Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación; 2017.
3. Priorizar los derechos humanos para acabar con las desigualdades y poner fin a la epidemia de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
4. Los 17 objetivos. ¿Conoces los 17 objetivos? (en inglés: "Do you know all 17 SDGs?") En: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas: Desarrollo sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; c2022 (<https://sdgs.un.org/es/goals>).
5. UN System Framework for Action on Equality. En: UN System Executives Board for Coordination [Internet]. CEB; [sin fecha] (<https://unsceb.org/un-system-framework-action-equality>).
6. Guterres A. La aspiración más elevada: Llamamiento a la acción en favor de los derechos humanos. Observaciones ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 24 de febrero de 2020. Nueva York: Secretario General de las Naciones Unidas; 2020.
7. Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas (UBRAF) de ONUSIDA para 2022-2026. Ginebra: Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA; 2021.
8. *En peligro: Actualización mundial sobre el sida 2022*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2022.
9. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. En: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas: Desarrollo sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; c2022 (<https://sdgs.un.org/es/goals/goal3>).
10. Objetivo 5: Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. En: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas: Desarrollo sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; c2022 (<https://sdgs.un.org/es/goals/goal5>).
11. Objetivo 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos. En: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas: Desarrollo sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; c2022 (<https://sdgs.un.org/es/goals/goal10>).
12. Respuesta a los factores sociales y estructurales que impulsan la epidemia de VIH: para la planificación de ONUSIDA. Nueva York: UNFPA; 2019.
13. Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA para 2021.
14. Addressing the needs of adolescent and young mothers affected by HIV in eastern and southern Africa. Nueva York: UNICEF; 2020.
15. We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Ginebra: UNAIDS; 2020.
16. UN Women statement for World AIDS Day: Inequalities result in unequal progress for women. En: ONU Mujeres [Internet]. 1 de diciembre de 2021. Nueva York: ONU Mujeres (<https://www.unwomen.org/en/news-stories/statement/2021/12/un-women-statement-for-world-aids-day#:~:text=Inequalities%20result%20in%20unequal%20progress%20for%20women&text=We%20are%20seeing%20increased%20recognition,education%20for%20women%20and%20girls>).
17. Análisis especial de ONUSIDA para 2021. La metodología para este análisis se detalla en el Anexo sobre los métodos en la Actualización mundial sobre el sida: Enfrentando las desigualdades. Ginebra: ONUSIDA; 2021.

18. El VIH y el trabajo sexual: Serie de folletos informativos sobre derechos humanos. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
19. Operational guidance: responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. Ginebra y Nueva York: ACNUR y UNFPA; 2021.
20. Actualización mundial sobre el sida, Aprovechando el momento, enfrentar las desigualdades arraigadas para acabar con las epidemias. Ginebra: UNAIDS; 2020.
21. Declaración política sobre el VIH y el sida: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. Asamblea General de las Naciones Unidas; 2021.
22. Alianza mundial de acciones para eliminar todas las formas de estigma y discriminación relacionadas con el VIH. Proyecto de folleto. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
23. HIV-related intersectional stigma research advances and opportunities workshop. Julio-septiembre de 2020. Oficina de Investigaciones sobre el sida de los Institutos Nacionales de Salud y División de Investigaciones sobre el sida del Instituto Nacional de la Salud Mental; 2020.
24. Evaluación del trabajo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres y niñas. Oficinas de evaluación de ONUSIDA, ACNUR, UNFPA, OIT y UNESCO; 2021.
25. Thematic segment: reducing the impact of AIDS on children and youth. Background note. Ginebra: Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA; 2019.
26. Acción rápida y derechos humanos — Avanzando en materia de derechos humanos para acelerar la respuesta frente al VIH. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
27. State of inequality: HIV, tuberculosis and malaria. Ginebra: WHO; 2021.
28. No dejar a nadie atrás y llegar a los más rezagados. Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025. Nueva York: UNFPA; 2021.
29. Ending inequalities and ending AIDS within a human rights framework: the Global AIDS Strategy 2021–2026 and a human rights-based response to the pandemic. Grupo de Referencia de ONUSIDA sobre el VIH y los derechos humanos; 2021.
30. Desiguales, no preparados, amenazados: por qué se necesitan acciones drásticas en contra de las desigualdades para poner fin al sida, detener el COVID-19 y prepararse para pandemias futuras. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
31. El trabajo con personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer (LGBTIQ+) durante el desplazamiento forzado. Ginebra: ACNUR; 2021.
32. ONUSIDA Instrumento de diagnóstico de género: Hacia una respuesta al VIH transformadora de las relaciones entre géneros. Ginebra: ONUSIDA; 2018.
33. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. Informe sobre la desigualdad global 2022 (en inglés: World inequality report 2022). World Inequality Lab; 2021.
34. Cattaneo U, Licata M, Montefiori M. The impact of HIV on care work and the care workforce. Ginebra: ILO; 2019.
35. Update on the implementation of the HIV response for migrant and mobile populations. Ginebra: Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA; 2021.
36. Zeglin RJ. Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. Arch Sex Behav. 2015; 44(7):1979-90.
37. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. J Acquire Immun Defic Syndr. 2008; 48(1):97-103.
38. ¿Qué es una organización liderada por la comunidad? Ginebra: ONUSIDA; 2019 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2019/what-is-a-community-led-organization>).
39. Nuestra acción: Respuestas comunitarias. Ginebra: ONUSIDA; 2022.
40. “El VIH, y el estigma y la discriminación: serie de folletos informativos sobre derechos humanos 2021”. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
41. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. Nat Commun. 2020; 11:773.

42. The war on drugs and HIV/AIDS: how the criminalization of drug use fuels the global pandemic. Ginebra: Comisión Global de Políticas de Drogas; 2012.
43. Drug Use and HIV. En: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [Internet]. Viena: UNODC (www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/drug-use_and_HIV.html).
44. Young people and HIV. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
45. Gruskin S, Ferguson L, Alfvén T, Rugg D, Peersman G. Identifying structural barriers to an effective HIV response: using the national composite policy index data to evaluate the human rights, legal and policy environment. *J Int AIDS Soc.* 2013; 16:18000.
46. HIV sensitive social protection in East and southern Africa Fast-Track countries. Roma y Ginebra: PMA y ONUSIDA; 2021.
47. Cheng TL, Johnson SB, Goodman E. Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: the three generation approach. *Pediatrics.* 2016;137(6):e20152467.
48. Andrus E, Mojola SA, Moran E, Eisenberg M, Zelter J. "Has the relationship between wealth and HIV risk in sub-Saharan Africa changed over time?" A temporal, gendered and hierarchical analysis. *SSM Popul Health.* 2021; 15:100833.
49. UN HRC adopts children's rights resolution, calling for access to sexual and reproductive health services and CSE. En: Action Canada for Sexual Health and Rights [Internet]. 8 de abril de 2015. Ottawa (ON): Action Canada SHR (<https://www.actioncanadashr.org/news/2015-04-08-un-hrc-adopts-childrens-rights-resolution-calling-access-sexual-and-reproductive-health-services-and>).
50. Harmful masculinity and violence. En: Asociación Americana de Psicología [Internet]. Septiembre de 2018. Washington (DC): Asociación Americana de Psicología; c2022 (<https://www.apa.org/pi/about/newsletter/2018/09/harmful-masculinity>).
51. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Ginebra: WHO; 2021.
52. Abiertamente: respuestas del sector de educación a la violencia basada en la orientación sexual y la identidad/expresión de género. París: UNESCO; 2016.
53. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015; 29(16):2183-94.
54. Gesesew HA, Gebremedhim AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One.* 30 de marzo de 2017; 12(3):e0173928.
55. Integrating HIV in the cluster response. Equipo de trabajo interinstitucional para hacer frente al VIH en situaciones de emergencia humanitaria; 2020.
56. Vigliotti V, Taggart T, Walker M, Kusumastuti S, Ransome Y. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: a scoping review. *PLoS One.* 2020; 15(6):e0234720.
57. Gari S, Doig-Acuña C, Smail T, Malungo JRS, Martin-Hilber A, Merten S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:198.
58. Finlayson K, Downe, S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med.* 2013;10(1):e1001373.
59. Anugwom E, Kenechukwu A. Socio-cultural factors in the access of women to HIV/AIDS prevention and treatment services in south-southern Nigeria. *Iran J Public Health.* 2016; 45(6):754-60.
60. Rujumba J, Kwiringira J. Interface of culture, insecurity and HIV and AIDS: lessons from displaced communities in Pader District, Northern Uganda. *Confl Health.* 2010;4:18.
61. Comunicado de prensa. 20 de mayo de 2021. Centro para el Monitoreo del Desplazamiento Interno; 2021.

62. Ford J, Sowden S, Olivera J, Bambra C, Gimson A, Aldridge R et al. Transforming health systems to reduce health inequalities. *Future Healthc J.* 2021;8(2):e204-e209.
63. ONUSIDA, Stop AIDS Alliance. *Communities deliver: the critical role of communities in reaching global targets to end the AIDS epidemic.* Ginebra: ONUSIDA; 2015.
64. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recomendación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 16 de diciembre de 1966. A/RES/2200.
65. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet.* 2001; 358(9284):833-6.
66. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet.* 2012;380(9837):126-33.
67. Multidimensional inequality framework. Programa Atlantic Fellows for Social and Economic Equity; 2018.
68. Coalición Mundial para la Prevención del VIH. Implementación de la hoja de ruta de prevención del VIH para 2020: Cuarto informe de progreso. Ginebra y Nueva York: ONUSIDA y UNFPA; 2020.
69. Herramienta de evaluación del VIH y la protección social: Generando evidencia para la creación de políticas y desarrollo de acciones sobre el VIH y la protección social. Ginebra: ONUSIDA; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-social-protection-assessment-tool_en.pdf).
70. UNAIDS data 2021. Ginebra: ONUSIDA; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf).
71. Children. En: ONUSIDA.org [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2022 (www.unaids.org/es/keywords/children).
72. El VIH y las personas recluidas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión: Serie de folletos informativos sobre derechos humanos. Ginebra: ONUSIDA; 2021.
73. The Gap report 2014: people with disabilities. Ginebra: ONUSIDA; 2014.
74. Mac-Seing M. Involving disability in HIV policy and programming: good practices drawn from country-based evidence. Handicap International; 2014.
75. Hanass-Hancock J et al. UNAIDS strategy brief for integrating disability into AIDS programming. Ginebra: ONUSIDA; 2012.
76. Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades. Incidencia y prevalencia de VIH estimadas 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>).
77. Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH — Orientaciones para que los países implementen programas efectivos que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos. Ginebra: UNAIDS; 2020.
78. Panorama global humanitario 2022. En: gho.unocha.org [Internet]. Noviembre de 2021. ONU OCHA; c2022 (<https://gho.unocha.org/>).
79. HIV in humanitarian contexts: information note. Ginebra y Roma: ACNUR y PMA; 2019.
80. Cobertura Universal de Salud. En: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2022 (https://www.who.int/es/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1).
81. Community at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people. *Actualización mundial sobre el sida 2019.* Ginebra: ONUSIDA; 2019.
82. Musarandega R, Machezano R, Chideme M, Muchuchuti C, Mushavi A, Amahomva A et al. PMTCT service uptake among adolescents and adult women attending antenatal care in selected health facilities in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017; 75(2):148-55.
83. Un enfoque de los datos basado en los derechos humanos: no dejar a nadie atrás en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Ginebra: OHCHR; 2018 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData.pdf>).

Anexo 1. Metodología

Resumen de la metodología

Para desarrollar un marco de desigualdades que complemente y apoye la nueva estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026, se utilizó una combinación de métodos, en estrecha consulta y colaboración con ONUSIDA. Este trabajo se basa en marcos, orientaciones, documentos estratégicos y actividades de monitoreo de las Naciones Unidas (ONU). El objetivo era producir materiales que fueran sinérgicos con los esfuerzos existentes de manera que pudieran ayudar a ONUSIDA y a sus socios a comprender y abordar mejor las desigualdades que impulsan la epidemia del VIH.

Revisión documental

Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de toda la documentación facilitada por el equipo de trabajo sobre desigualdades de ONUSIDA y los copatrocinadores, junto con una revisión de la bibliografía pertinente de otras fuentes acordadas. Esto incluía:

- La estrategia mundial contra el sida 2021-2026.
- Marcos de desigualdades.
- Manuales.
- El Marco unificado de presupuesto, resultados y rendición de cuentas (UBRAF) de ONUSIDA para 2022-2026.
- Informes anuales.
- Literatura revisada por pares y literatura gris.
- Informes técnicos relacionados con las desigualdades.
- Fuentes de datos disponibles sobre desigualdades y desigualdades relacionadas con el VIH.
- Otras herramientas, directrices y documentos relevantes, identificados por el Programa Conjunto.

También se revisaron un número limitado de otros documentos, encontrados mediante búsquedas específicas en Internet, y las referencias de los documentos fuente enumerados anteriormente.

Tras una revisión inicial de una selección de documentos de referencia, se elaboró y probó una herramienta estandarizada de extracción de datos, que se utilizó para extraer sistemáticamente la información pertinente, lo que permitió realizar un análisis temático coherente de todos los documentos del proyecto. Dada la diversidad de los documentos recibidos, también se incluyeron en el análisis notas detalladas sobre los documentos para los que la herramienta estandarizada era menos relevante.

Consultas: Consultas periódicas con el equipo de trabajo sobre desigualdades y otros miembros del personal del Programa Conjunto

Durante el proceso de revisión y redacción, se celebraron reuniones con diferentes equipos de la Secretaría de ONUSIDA y los copatrocinadores para recabar sus ideas y su retroalimentación. Además de las reuniones semanales con los tres codirectores del equipo de trabajo sobre desigualdades y de las reuniones periódicas con el equipo de trabajo sobre desigualdades de ONUSIDA completo y con otros miembros del personal de la Secretaría, se celebraron reuniones con miembros del personal regional y nacional de diferentes equipos y con el grupo de referencia sobre derechos humanos para fundamentar mejor este trabajo.

Las pruebas piloto del marco y del manual que lo acompaña serán un paso futuro coordinado por la Secretaría de ONUSIDA.

Anexo 2. Fuentes de datos útiles

La siguiente tabla incluye algunas fuentes tradicionales de datos sobre el VIH que podrían utilizarse para ayudar a comprender el contexto nacional y regional, así como algunas fuentes adicionales de datos que, dado el enfoque en las desigualdades, también podría ser útil revisar al realizar este ejercicio. El desglose de los datos varía entre estas fuentes de datos como existen actualmente y, en la mayoría de los casos, ninguna fuente de datos será suficiente para comprender plenamente las desigualdades pertinentes. Incluso si los datos solo se facilitan en forma agregada, pueden proporcionar información útil sobre cómo afecta el VIH a un grupo de población específico; también podrían analizarse útilmente junto con los datos de otras fuentes incluidos en la tabla 4 para comprender mejor las desigualdades relacionadas con el VIH. Por ejemplo, los índices nacionales de desigualdad proporcionan una visión de las desigualdades más allá de las relacionadas con el VIH, lo que constituye una información contextual útil para abordar las desigualdades relacionadas con el VIH. Además, reducir con éxito las desigualdades relacionadas con el VIH también debería tener un impacto positivo en estas medidas más amplias de las desigualdades. Por ejemplo, en contextos en los que la inseguridad alimentaria nacional es elevada, será importante seguir investigando qué poblaciones resultan más afectadas y cómo se ven afectados los distintos grupos de personas que viven con el VIH o son vulnerables a él. Del mismo modo, si existe una población numerosa de inmigrantes, será fundamental conocer sus necesidades relacionadas con el VIH y los problemas específicos a los que pueden enfrentarse a la hora de acceder a los servicios en todo el proceso de atención.

Aunque la disponibilidad de organizaciones que se dedican al monitoreo liderado por la comunidad varía en función del país, seguirá proporcionando importantes fuentes de datos complementarios junto con todas las indicadas en la tabla. Los países también pueden tener acceso a datos más desglosados que los que se reportan a nivel mundial, lo que constituirá una información útil. La tabla 4 pretende ser ilustrativa y no exhaustiva, y debe complementarse con el conocimiento que tengan las partes interesadas de otras fuentes de datos. Los datos en cursiva se incluyen en la hoja de cálculo de la configuración de países.

Tabla 4. Fuentes de datos ilustrativas para acceder a datos que permitan comprender las desigualdades relacionadas con el VIH

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
Datos de resultados relacionados con el VIH (incluido el objetivo 95-95-95)				
<p><i>Incidencia</i> Modos de transmisión <i>Prevalencia</i> 95-95-95 Mortalidad <i>Estimaciones del tamaño de la población</i> (poblaciones clave, inmigrantes, presos, etc.)</p>	<p>Estimaciones de ONUSIDA Evaluación del impacto del VIH en la población Vigilancia biológica y conductual integrada del VIH (IBBS, por sus siglas en inglés) (para poblaciones clave) Modelo de Modos de Transmisión (MdT) Casos de inversión</p>	<p>https://aidsinfo.unaids.org https://www.cdc.gov/globalhivtb/what-we-do/phia/phia.html https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268 https://www.unaids.org/es/dataanalysis/data-tools/incidencebymodesoftransmission https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2359_investing-for-results_en_1.pdf</p>	<p>Datos sobre incidencia, prevalencia, cobertura de servicios y mortalidad relacionados con el VIH. Encuesta nacional representativa de hogares para evaluar la situación actual y la eficacia de los programas nacionales para lograr el control de la epidemia de VIH. La IBBS es una encuesta poblacional que recoge información sobre características sociodemográficas, tipos de parejas sexuales y comportamientos sexuales de riesgo. La hoja de cálculo de MdT ayuda a calcular el número previsto de nuevas infecciones al año a partir de una descripción de la distribución actual de las infecciones y los patrones de riesgo dentro de una población. La herramienta de inversión centrada en las personas está diseñada para ayudar a orientar las prioridades de inversión de manera que sean rentables, eficientes y produzcan el máximo impacto.</p>	<p>Sexo, edad, poblaciones clave. Sexo, edad, poblaciones clave, riqueza, zona urbana/rural, raza/etnia. Sexo, género, edad, ciudadanía, educación, religión, ingresos, etnia, estado civil. Varía en función del país. Varía en función del país.</p>
Conocimientos y acciones				
<p>Conocimientos (por ejemplo, porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifican</p>	<p>Monitoreo Global del SIDA (GAM, por sus siglas en inglés) IBBS</p>	<p>https://aidsinfo.unaids.org https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268</p>	<p>Datos para monitorear el progreso hacia la declaración política sobre el sida de 2021, incluidos los resultados relacionados con el VIH,</p>	<p>Sexo, edad, poblaciones clave. Varía, pero puede incluir datos de diferentes</p>

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
<p>correctamente ambas formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan los principales conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH; ¿Cree que una persona de aspecto saludable puede infectarse por el VIH, el virus que causa el sida?)</p> <p>Acciones (por ejemplo, uso del preservativo en la última relación sexual)</p>			los comportamientos y las experiencias de discriminación.	poblaciones clave. También puede incluir la ubicación geográfica, la edad, la alfabetización, el estado civil y la ocupación.
Sistemas y servicios sanitarios				
Experiencias de discriminación en los servicios	<p>Instrumento de observación de los Compromisos y las Políticas Nacionales (ICPN)</p> <p>Índice de estigma de las personas que viven con el VIH</p> <p>IBBS</p>	<p>https://lawsandpolicies.unaids.org/?lan=es</p> <p>https://www.stigmaindex.org/</p> <p>https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268</p>	<p>Indicadores jurídicos y políticos; disponibilidad de servicios clave relacionados con la población (por ejemplo, reducción de daños, servicios dentro de las prisiones).</p> <p>Desarrollada para ser utilizada por y para personas que viven con el VIH, se trata de una herramienta estandarizada para reunir pruebas sobre cómo el estigma y la discriminación afectan la vida de las personas que viven con el VIH. Los informes de países incluyen datos cuantitativos sobre diferentes dimensiones del estigma y la discriminación.</p>	<p>N/A.</p> <p>Varía, pero puede incluir: sexo, género, edad, situación sentimental, educación, capacidad para satisfacer las necesidades básicas, situación laboral, indigenismo, discapacidad, etnia, condición de refugiado, desplazados internos, encarcelamiento. El sexo también se combina con</p>

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
				<p>cada una de las demás variables.</p> <p>Varía, pero puede incluir datos de diferentes poblaciones clave. También puede incluir la ubicación geográfica, la edad, la alfabetización, el estado civil y la ocupación.</p>
Médicos por cada 10 000 habitantes	Organización Mundial de la Salud (OMS)	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)	Incluye médicos generalistas, médicos especialistas y médicos no definidos con mayor precisión en el ámbito nacional y/o subnacional determinado.	No puede desglosarse
Enfermeras por cada 10 000 habitantes	OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)	Número de personal de enfermería y partería. Incluye el personal de enfermería y el personal de partería en el ámbito nacional y/o subnacional determinado.	No puede desglosarse
Gastos	ONUSIDA	https://hivfinanciam.unaids.org/hivfinancialdasboards.html	El tablero de control financiero del VIH reúne más de 85 indicadores diferentes sobre los recursos financieros destinados al VIH en una única plataforma. Los indicadores incluidos en el tablero son una extensión de los datos reportados a través del GAM.	No puede desglosarse

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
<i>Gastos de bolsillo (salud)</i> <i>Dependencia de los donantes para la salud</i>	OMS	https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en	Incluye 275 indicadores sobre el gasto sanitario global, incluido el gasto privado nacional en VIH y sida e infecciones de transmisión sexual (ITS) y la proporción del gasto sanitario financiado actualmente con fuentes externas.	No puede desglosarse
Disponibilidad y preparación del servicio	OMS	https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-availability-and-readiness-assessment-(sara)?ua=1	Encuesta sistemática para generar un conjunto de indicadores de seguimiento de la disponibilidad y la preparación de los servicios sanitarios. Disponibilidad de servicios hace referencia a la presencia física de la prestación de servicios, que abarca la infraestructura sanitaria, el personal sanitario básico y el uso de los servicios.	Datos de los establecimientos sanitarios
<i>Protección social</i>	Organización Internacional del Trabajo (OIT)	https://ilostat.ilo.org/es/topics/social-protection/	Porcentaje de la población cubierta por al menos una prestación de protección social.	No puede desglosarse por estado serológico con respecto al VIH
<i>Las organizaciones de la sociedad civil pueden prestar servicios comunitarios</i>	ICPN	https://lawsandpolicies.unaids.org/?lan=es	Estos datos incluyen un grupo de indicadores para evaluar la prestación de servicios relacionados con el VIH liderados por la comunidad.	N/A
Factores sociales y estructurales (incluido el objetivo 10-10-10)				
Leyes de protección Legislación criminal Políticas	ICPN Índice de estigma de las personas que viven con el VIH	https://lawsandpolicies.unaids.org/?lan=es https://www.stigmaindex.org/		

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
	Laboratorio de políticas sobre el VIH Evaluaciones del entorno jurídico Evaluaciones de género	https://oneill.law.georgetown.edu/projects/hiv-policy-lab/		
Estigma y discriminación	ICPN Índice de estigma de las personas que viven con el VIH GAM	https://lawsandpolicies.unaids.org/?lan=es https://www.stigmaindex.org/ https://aidsinfo.unaids.org		
<i>Mujeres víctimas de violencia de la pareja íntima</i>	GAM	https://aidsinfo.unaids.org	Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de 15 a 49 años que sufrieron violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses.	Edad, estado serológico con respecto al VIH (si se conoce)
Seguridad alimentaria y nutrición	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés)	https://www.fao.org/faostat/es/#data/FS	Conjunto de indicadores nacionales relativos a la seguridad alimentaria.	No puede desglosarse
Matriz de seguimiento de migración-desplazamiento	Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	https://dtm.iom.int	Se trata de un sistema de gestión de la información que recopila, analiza y difunde periódicamente información crítica sobre la movilidad, las necesidades y las vulnerabilidades de las poblaciones desplazadas y móviles.	N/A

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
<i>Conflicto/emergencia - Índice de Estados Frágiles</i>	Fondo para la Paz	https://fragilestatesindex.org/	El Índice de Estados Frágiles incluye 12 indicadores de riesgo de conflicto relacionados con la cohesión, la economía, la política y las cuestiones sociales y transversales para medir la situación de un Estado en un momento dado.	N/A
Desigualdades nacionales				
<i>Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad (IDHD)</i>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	http://hdr.undp.org/en/content/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi	Este índice calcula los costos de desarrollo humano de la desigualdad por país.	No puede desglosarse
<i>Índice de Gini</i>	Banco Mundial	https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI	El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución de los ingresos (o, en algunos casos, de los gastos de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se desvía de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de Gini de 0 representa una igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 implica una desigualdad perfecta.	No puede desglosarse
<i>Índice de desigualdad de género</i>	PNUD	http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii	Elaborado a partir del mismo marco que el IDHD, el índice de desigualdad de género mide las desigualdades de género en tres aspectos importantes del desarrollo humano: la salud reproductiva, el empoderamiento y la situación económica.	No puede desglosarse
<i>Marco multidimensional de la desigualdad</i>	London School of Economics	https://sticerd.lse.ac.uk/inequality/get-started/default.asp	El marco multidimensional de la desigualdad se organiza en torno a siete ámbitos clave de la vida que se han identificado como fundamentales para disfrutar de una buena calidad de vida: vida y salud; seguridad física y	Varía

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
			jurídica; educación y aprendizaje; seguridad financiera y trabajo digno; condiciones de vida confortables, independientes y seguras; participación, influencia y voz; y vida personal, familiar y social.	
<i>Compendio de indicadores de igualdad de género y VIH</i>	MEASURE Evaluation	https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-13-82-es.html	Los indicadores del compendio forman parte de indicadores existentes utilizados en estudios o por países o bien se han adaptado de indicadores existentes para abordar la intersección de género y VIH. El propósito de este compendio es ofrecer a los directores de programas, las organizaciones y los encargados de formular políticas una serie de indicadores para “conocer su epidemia del VIH/conocer su respuesta” más adecuadamente desde una perspectiva de género.	Varía
Contexto nacional				
<i>Categoría de ingresos</i>	Banco Mundial	https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html	A efectos analíticos, el Banco Mundial clasifica las economías en cuatro tipos de ingreso: bajo, mediano bajo, mediano alto y alto. Para ello, utiliza datos del ingreso nacional bruto (INB) per cápita en dólares estadounidenses.	N/A
Ratificaciones de tratados de derechos humanos	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)	https://indicators.ohchr.org	Se recopilan datos sobre los tratados que cada país ha firmado o ratificado, con indicación de las reservas. Ofrece una visión general de los compromisos nacionales en materia de derechos humanos.	N/A
Observaciones finales y	ACNUDH	https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/TBSearch.aspx?Lang=es	Base de datos de todo el trabajo de los órganos de tratados de la Naciones Unidas, incluidos los	N/A

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
recomendaciones del órgano de vigilancia del tratado			informes presentados por los países y las respuestas, observaciones finales y recomendaciones de los órganos de tratados. Proporcionan una visión sobre los avances en la implementación del tratado y los ámbitos que suscitan preocupación.	
Base de datos de indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (ONU DAES)	https://unstats.un.org/sdgs/dataportal	Datos sobre cada ODS, incluidos, por ejemplo, la pobreza multidimensional (ODS 1), la educación (ODS 4), las experiencias de discriminación (ODS 10) y la cobertura de la protección social (ODS 13).	No puede desglosarse
Encuesta demográfica y de salud (DHS, por sus siglas en inglés)	USAID/ICF	https://dhsprogram.com	Encuesta de hogares de datos representativos a escala nacional sobre población, salud, VIH y nutrición.	Desglose por edad, sexo, riqueza, zona rural/urbana, distritos y raza/etnia
Encuesta agrupada de indicadores múltiples	UNICEF	https://mics.unicef.org	Encuesta de hogares de datos representativos a escala nacional, centrada principalmente en las cuestiones que afectan directamente la vida de los niños y las mujeres.	Desglose por edad, sexo, riqueza, geografía y raza/etnia
<i>Puntuación en derechos humanos</i>	Universidad de Oxford	https://ourworldindata.org/human-rights	Las puntuaciones reflejan el grado de protección de la integridad física de los ciudadanos frente a los asesinatos, torturas, encarcelamientos políticos, ejecuciones extrajudiciales, asesinatos masivos y desapariciones. Las puntuaciones más altas significan menos abusos de este tipo.	No puede desglosarse
<i>Categoría Civicus</i>	Civicus	https://www.civicus.org/index.php/es/que-hacemos/innovar/monitor-civicus	El Monitor CIVICUS es una herramienta de investigación que proporciona datos casi en tiempo real sobre el estado de la sociedad civil y de las libertades cívicas en 196 países. El flujo	Poblaciones en riesgo

Datos	Posible(s) fuente(s) de datos	Sitio web	Descripción del conjunto de datos/indicador	Tipos de desglose
			de datos se propaga a las páginas y a las actualizaciones de cada país, proporcionando así información verificada y actualizada sobre el estado de la libertad de asociación, de reunión pacífica y de expresión.	
<i>Índice global de seguridad sanitaria</i>	NTI	https://www.ghsindex.org/	El índice global de seguridad sanitaria es una evaluación y un análisis comparativo de la seguridad sanitaria y las capacidades relacionadas en 195 países. Compara la seguridad sanitaria en el contexto de otros factores críticos para combatir los brotes, como los riesgos políticos y de seguridad, la solidez general del sistema sanitario y la adhesión del país a las normas mundiales.	Por categoría

Anexo 3. ¿Quién se está quedando atrás en el intento de acabar con el sida?

Esta sección ofrece una visión general de parte de la información que se conoce sobre los grupos generalmente considerados como los más rezagados en las respuestas actuales al VIH. Las personas pueden pertenecer a más de uno de estos grupos a la vez y esto puede cambiar con el tiempo. Las poblaciones prioritarias que tienen más probabilidades de experimentar vulnerabilidades relacionadas con el VIH y resultados desiguales también variarán entre los países y dentro de ellos en función del contexto epidemiológico, jurídico, económico, social, cultural, de género y político. Situar estas vulnerabilidades dentro de dinámicas de poder desiguales, comprender la complejidad de las múltiples identidades y comportamientos y cómo cambian con el tiempo puede ayudar a determinar con más detalle dónde son más necesarios los esfuerzos específicos para llegar a quienes se están quedando atrás a través de información y servicios relacionados con el VIH. Para el Programa Conjunto, esto puede contribuir a sustentar las actividades apropiadas para apoyar a los países y las comunidades. Para todas las poblaciones prioritarias identificadas, sigue siendo esencial tener en cuenta la naturaleza heterogénea y dinámica de los individuos, ya que las identidades individuales son polifacéticas y evolucionan. Algunos de los muchos factores que determinan las desigualdades en materia de VIH que experimentan las poblaciones prioritarias identificadas se analizan más adelante en este marco.

A continuación, se ofrece información relevante relativa a algunas poblaciones prioritarias distintas de las mujeres y las niñas y las poblaciones clave identificadas. Estas poblaciones prioritarias adicionales han sido identificadas por el Programa Conjunto por estar generalmente en mayor riesgo de exposición al VIH y tener menos probabilidades de acceso a servicios integrales de prevención, tratamiento y atención del VIH en comparación con la población general.

Otras poblaciones prioritarias

Aunque poner fin al sida para 2030 requiere una continua atención a las poblaciones clave, también existen otras poblaciones que soportan una carga significativa de infecciones por el VIH en algunos lugares y que corren el riesgo de quedar rezagadas. En África oriental y meridional, por ejemplo, solo el 32 % de las nuevas infecciones en 2020 fueron identificadas entre poblaciones clave reconocidas y sus parejas sexuales (70).

En todas las regiones, la identificación de las poblaciones prioritarias está altamente ligada al contexto y requiere un examen minucioso de las personas que se encuentran dentro de cada grupo y entre los distintos grupos. Por ejemplo, incluso dentro de las poblaciones clave identificadas, las personas que pueden correr un riesgo elevado de contraer el VIH son: las mujeres y las adolescentes y sus parejas masculinas, las personas recluidas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión, los jóvenes, los niños, las personas con discapacidad; las minorías étnicas y raciales; las personas en situaciones humanitarias y de conflicto, incluidos los refugiados y los desplazados internos, los migrantes, las personas uniformadas, los pueblos indígenas y las personas que viven en la pobreza (21). Esta lista

también se presta a la intersección de desigualdades, ya que las personas pueden incluirse simultáneamente en una, varias o incluso en la mayoría de estas categorías. Otros grupos también pueden experimentar peores resultados después de la infección por el VIH debido a las dificultades particulares para acceder a los servicios de pruebas y tratamiento y pueden correr un mayor riesgo de desarrollar comorbilidades. Esto incluye a las personas mayores que viven con el VIH, que pueden o no pertenecer a alguna de las poblaciones analizadas.

Las siguientes descripciones de la población solo pretenden servir como recurso no exhaustivo a la hora de considerar quién se está quedando atrás en el avance hacia la erradicación del sida, reconociendo que las personas pueden pertenecer a varias de estas categorías a la vez. Si bien hay muchas poblaciones que pueden requerir una atención especial para revelar y abordar las desigualdades relacionadas con el VIH en un contexto determinado, las siguientes descripciones ofrecen información básica sobre algunas de las poblaciones prioritarias que deberían tenerse en cuenta de forma rutinaria al realizar un análisis de la situación de las desigualdades relacionadas con el VIH, un proceso descrito anteriormente en la sección “Cómo aplicar una perspectiva basada en las desigualdades: aplicación práctica de la teoría” y explicado con más detalle en el manual. Cuando se dispone de datos relacionados con el VIH para estas poblaciones, la comprensión puede seguir siendo limitada en los casos en que el desglose es limitado e incoherente; por ejemplo, los datos pueden estar desglosados por sexo pero no por edad o por ubicación geográfica pero no por etnia o raza.

Los niños y los jóvenes siguen experimentando importantes carencias en la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH. En el 2021, tan solo el 52 % de los niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH tenía acceso a tratamiento y solo el 41 % de los niños que viven con el VIH tienen supresión viral (8). De los niños que no reciben tratamiento, 60 % tienen entre 5 y 14 años. A menudo se utilizan los términos “niños”, “jóvenes” o “adolescentes” sin definir con mayor precisión a quién se entiende dentro de esta categoría (71). En general, en comparación con los adultos, los adolescentes que viven con el VIH (de 10 a 19 años) tienen menos probabilidades de conocer su estado serológico, recibir terapia antirretroviral y lograr la supresión viral (25). Entre las personas de 15 a 19 años, las mujeres corren un riesgo mucho mayor de infectarse por el VIH y tienen muchas más probabilidades de vivir con el VIH que sus pares hombres. En la última década se ha producido un descenso significativo de las nuevas infecciones entre los jóvenes (de 15 a 24 años), principalmente en África oriental y meridional. Sin embargo, en la mayoría de los países, los avances han sido bastante limitados entre las poblaciones clave jóvenes, que representan entre el 20 % y el 40 % de las nuevas infecciones por VIH entre las poblaciones clave (25, 44).

Fuera del África subsahariana, los hombres y los niños (de 15 a 49 años) representaron el 65 % de las nuevas infecciones en 2021 (8). A nivel mundial, hay más hombres que mujeres entre las poblaciones clave y, entre sus parejas sexuales, los hombres tienen menos probabilidades que las mujeres de acceder a los servicios de pruebas y tratamiento del VIH a pesar de estas cifras y de la atención prestada a estas poblaciones. La brecha en las pruebas y el tratamiento entre hombres y mujeres que viven con el VIH es notable. A nivel global, en el 2021, los hombres que vivían con VIH tenían menos probabilidades de recibir terapia antirretroviral que las mujeres que vivían con el VIH; mientras que el 80 % de las mujeres que viven con el VIH recibieron terapia antirretroviral en el 2021, solo el 70 % de los hombres que viven con el VIH obtuvieron acceso al tratamiento (8). Asimismo, las tasas de supresión viral son notoriamente más altas en mujeres que viven con el VIH a nivel mundial (74 %) que en hombres que viven con el VIH (65 %) (8). Una vez más, las diferencias entre los hombres y los niños –que se enfrentan a distintas formas de desigualdad entre ellos– deben explorarse en profundidad.

Las personas reclusas en centros penitenciarios tienen 7,2 veces más probabilidades de vivir con el VIH que los adultos de la población general. En comparación con otras mujeres, las mujeres reclusas en centros penitenciarios tienen cinco veces más probabilidades de vivir con el VIH. Se calcula que de las 11 millones de personas reclusas en centros penitenciarios en 2020, el 4,2 % vivía con el VIH. Además del VIH, se sabe que las personas reclusas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión tienen una alta prevalencia de infecciones por hepatitis B, hepatitis C y tuberculosis. Se sabe que los presos transgénero son especialmente vulnerables: cuando las personas transgénero son reclusas de acuerdo con el sexo asignado al nacer, corren un riesgo especial de sufrir violaciones y agresiones sexuales (72).

El 15 % de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad (73). Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de experimentar vulnerabilidades interrelacionadas que las exponen a un mayor riesgo de infección por el VIH que las personas sin discapacidad. Los factores de riesgo pueden incluir la pobreza, una mayor vulnerabilidad a la violencia y un acceso limitado a servicios sociales como la educación y la atención sanitaria (73). En 2014, la prevalencia de la violencia contra las personas con discapacidad de cualquier tipo fue 1,3 veces mayor que contra las personas sin discapacidad; los niños con discapacidad sufren violencia en una proporción 3,7 veces mayor que sus pares (74). La desigualdad de género también agrava la vulnerabilidad al VIH y los resultados desiguales que experimentan las mujeres y niñas con discapacidad, de las que se sabe que tienen un nivel educativo más bajo y se enfrentan a tasas más altas de pobreza, inseguridad de los medios de subsistencia y violencia sexual que las mujeres sin discapacidad y los hombres con discapacidad (75).

En algunos contextos, las minorías étnicas y raciales representan un porcentaje desproporcionadamente elevado de las nuevas infecciones por VIH y tienen unos resultados del tratamiento significativamente peores. En los Estados Unidos de América, las personas negras – que constituyen el 13 % de la población del país– representaron el 41 % de las nuevas infecciones por VIH en 2019 (76). Las poblaciones móviles –incluidos los migrantes, los refugiados y los desplazados internos– no siempre experimentan tasas más altas de infección por VIH que otras poblaciones locales en su contexto, pero la migración puede aumentar la vulnerabilidad individual a la infección, restringir el acceso a los servicios relacionados con el VIH y empeorar los resultados del VIH (35). Además de los refugiados y los desplazados internos, otras poblaciones afectadas por crisis representan una proporción cada vez mayor de personas que viven con el VIH. Por ejemplo, de 2013 a 2016, la proporción de personas que viven con el VIH afectadas por una emergencia humanitaria pasó de 1 de cada 20 a 1 de cada 14 y el número total de personas que necesitan asistencia humanitaria y protección ha seguido aumentando (77, 78). Se calcula que más de la mitad de las personas que viven con el VIH afectadas por una emergencia humanitaria carecen de acceso a la terapia antirretroviral (79). Las mujeres se enfrentan a un mayor riesgo de contraer el VIH en situaciones de emergencia humanitaria debido al devastador impacto de la violencia sexual y de género (51). Las personas que viven en zonas afectadas por el clima y/o en situaciones de conflicto también pueden enfrentarse a un sinnúmero de dificultades para acceder a los servicios de prevención, tratamiento o atención, y esas dificultades pueden ser tan dinámicas y fluidas como las propias crisis. Aún no se ha abordado sistemáticamente la forma en que la etnia, la raza, la situación migratoria y la presencia en un contexto humanitario o de conflicto se entrecruzan con otras formas de discriminación y desigualdad.

Identificar la ubicación de las personas que experimentan desigualdades en el riesgo y los resultados del VIH va más allá de los desgloses regionales o incluso nacionales. Aun así, es importante señalar las grandes disparidades espaciales entre las tasas de infección por VIH: El

54 % de las personas que viven con el VIH en el mundo viven en la región de África oriental y meridional, a pesar de que solo representan el 6,2 % de la población mundial (46). A nivel nacional o subnacional, puede haber desventajas específicas que aumenten el riesgo de contraer el VIH experimentadas por quienes viven en zonas rurales en un lugar, y otras desventajas experimentadas por los pobres de las zonas urbanas a solo unos kilómetros de distancia. La urbanización puede cambiar los patrones de las desigualdades relacionadas con el VIH a lo largo del tiempo. También existen desigualdades espaciales entre regiones industrializadas y no industrializadas y entre regiones centrales y remotas en lo que respecta a las distintas dimensiones de los servicios sanitarios y de protección social.

Las poblaciones prioritarias pueden ser muy móviles, como los migrantes económicos en tránsito; también pueden estar en el extremo opuesto, como las personas recluidas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión (1). La vulnerabilidad de las personas al VIH no es estática, por lo que identificar y apoyar a los que se están quedando atrás requiere un monitoreo y una evaluación periódicos.

Otros factores

La lista anterior de poblaciones que pueden experimentar desigualdades relacionadas con el VIH no pretende ser exhaustiva, sino más bien fomentar una mirada más amplia dentro, a través y más allá de las poblaciones clave reconocidas y ayudar a identificar factores adicionales en torno a los cuales surgen desigualdades relacionadas con el VIH que pueden ser específicas de un contexto determinado. En función del contexto, estos factores adicionales pueden incluir, además, la casta, la clase, la religión y otros factores. Será importante identificar cómo este tipo de factores afectan a las diferentes poblaciones y garantizar que se les presta la debida atención en el proceso de comprensión de las desigualdades relacionadas con el VIH y en la elaboración de estrategias para abordarlas.

Anexo 4. Abordar las desigualdades relacionadas con el VIH y la atención sanitaria universal: explorar las sinergias

A finales de 2019, 15,7 millones de personas que vivían con el VIH en todo el mundo no tenían supresión viral debido a deficiencias en las pruebas y el tratamiento, lo que pone en peligro su salud y facilita una mayor propagación del VIH (1). La cobertura sanitaria universal significa garantizar que “todas las personas pueden acceder a los servicios de salud que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin verse en dificultades económicas por ello” (80). La atención a cada una de las tres dimensiones de la cobertura sanitaria universal –cobertura, calidad y protección frente a las dificultades económicas– puede ayudar a reducir las carencias de servicios relacionados con el VIH y, por lo tanto, las desigualdades relacionadas con el VIH. A su vez, abordar las desigualdades relacionadas con el VIH puede contribuir a lograr la cobertura sanitaria universal. A continuación, se analiza esta relación prestando especial atención al papel de los sistemas sanitarios en la reducción de las desigualdades relacionadas con el VIH y la promoción de la cobertura sanitaria universal.

Acceso

Las dificultades geográficas limitan la introducción de servicios relacionados con el VIH en determinadas zonas. Puede tratarse de terrenos montañosos, archipiélagos o cursos de agua que actúan como único punto de acceso a una zona determinada o simplemente de los retos asociados a zonas extensas y poblaciones dispersas. Esto, a su vez, limita el acceso a los servicios para los habitantes de estas zonas. Los costos asociados a la prestación de servicios en esas zonas pueden considerarse prohibitivos, pero con el objetivo de no dejar a nadie atrás, sigue siendo fundamental encontrar formas de llegar a las poblaciones con servicios, vivan donde vivan. Esto podría requerir creatividad para minimizar los costos, como la dispensación en varios meses de terapia antirretroviral, la promoción del autodiagnóstico del VIH (con vinculación a la atención sanitaria), o la educación sexual y la distribución comunitaria de preservativos.

Garantizar el acceso también exige ofrecer una gama adecuada de servicios, incluidos los relacionados con el VIH. En algunos lugares, sin embargo, algunos servicios podrían no estar disponibles de forma sistemática, como las pruebas de diagnóstico, las pruebas de carga viral, el diagnóstico infantil precoz o la terapia antirretroviral. Para hacer frente a las desigualdades relacionadas con el VIH, es fundamental que toda la gama de servicios necesarios relacionados con el VIH se ponga a disposición de todos los que los necesiten. Es importante evaluar la disponibilidad en todas las zonas geográficas para identificar las zonas desatendidas y centrarse en grupos de población concretos.

Se ha constatado que el acceso inadecuado a la atención prenatal impide la aceptación de los servicios de prevención entre las mujeres embarazadas que viven con el VIH. En todo el mundo, solo alrededor del 60 % de las mujeres embarazadas reciben el nivel recomendado de servicios de atención prenatal y muchas de ellas inician la atención prenatal tarde, lo que puede impedir la posibilidad de un diagnóstico precoz del VIH y la supresión viral antes del parto (25). En 2018, el

82 % de las mujeres embarazadas que vivían con el VIH utilizaban terapia antirretroviral (81). Se sabe que la disponibilidad limitada de pruebas pediátricas del VIH es una razón clave de la escasa cobertura del tratamiento entre los niños. Alrededor del 50 % de los niños que viven con el VIH son diagnosticados a través de los servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, pero las pruebas pediátricas disponibles más allá de esto son limitadas para identificar, por ejemplo, a los bebés que adquieren el VIH durante la lactancia más de seis semanas después del nacimiento (25).

En todo el mundo, la disponibilidad de importantes servicios relacionados con el VIH es desigual o inexistente. Por ejemplo, los servicios de reducción de daños para personas que se inyectan drogas rara vez están disponibles a gran escala. La disponibilidad de intervenciones contra el VIH adaptadas a las personas que se dedican al trabajo sexual o a los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sigue siendo escasa, incluso en muchos países de ingresos altos, y la situación es aún peor en lo que respecta a las intervenciones adaptadas para apoyar a las personas transgénero (8). Las personas recluidas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión no suelen recibir servicios relacionados con el VIH, a pesar de la relativa facilidad para llegar a ellas, y el acceso de las personas que viven con el VIH se interrumpe a menudo en el momento del ingreso en prisión, el traslado y la puesta en libertad (1).

Los servicios adaptados a los adolescentes son un componente clave de los servicios relacionados con el VIH, pero a menudo no se les da prioridad, especialmente cuando las normas legales o culturales consideran que la actividad sexual de los adolescentes es inaceptable. En algunos lugares, las adolescentes que viven con el VIH tienen menos probabilidades que las mujeres mayores que viven con el VIH de haber sido diagnosticadas, y también tienen menos probabilidades de recibir terapia antirretroviral (82).

Muy pocos centros sanitarios están diseñados para facilitar el acceso a las personas con discapacidad, pero este es un requisito para garantizar el acceso de todos a los servicios. Más allá del acceso físico a los edificios, esto abarca también medidas de accesibilidad, como la creación de material escrito en braille y la disponibilidad de intérpretes de lengua de señas, que rara vez se incluyen en los servicios de VIH. Además, los servicios no suelen prestarse en las lenguas minoritarias de un país, lo que puede limitar el acceso de inmigrantes y refugiados, desplazados internos e indígenas.

Calidad

Se sabe que, para que los servicios sean eficaces, deben ser de buena calidad. La prestación de servicios de calidad abarca la calidad de la atención biomédica prestada, así como la experiencia asistencial del usuario. Cuando los tiempos de espera son largos, los medicamentos están agotados, el personal sanitario falta al respeto a los clientes y las citas son demasiado apresuradas para que los clientes puedan hacer preguntas, la calidad se ve comprometida. La falta de calidad percibida (incluida la falta de confidencialidad) y las deficiencias en la capacidad de los trabajadores de la salud para prestar servicios adecuados a todas las poblaciones son factores reconocidos que afectan a la calidad de la atención, en particular para las poblaciones clave.

Cuando los clientes no reciben un trato digno o son objeto de menosprecio, desdén o discriminación, es poco probable que los servicios les parezcan aceptables, lo que puede afectar su disposición a seguir recibiendo asistencia. Como se ha mencionado anteriormente, el miedo o

las experiencias de discriminación por parte de los trabajadores de la salud –ya sea por el estado serológico con respecto al VIH, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o cualquier otro motivo– constituyen una barrera clave para la aceptabilidad, el acceso y el uso de los servicios.

Las desigualdades en el acceso al tratamiento y los resultados surgen cuando los servicios no satisfacen específicamente las necesidades de las poblaciones desatendidas que no reciben una buena atención por parte de los servicios sanitarios generales. Lo que es aceptable no es lo mismo para todos y a menudo no existen enfoques y apoyos diferenciados que garanticen la adecuación y la continuidad de la atención a todas las poblaciones.

Protección frente a dificultades económicas

Las tarifas a los usuarios aplicadas a los servicios relacionados con el VIH –así como a sus servicios “de enlace”, como la atención prenatal o las clínicas de tratamiento de la tuberculosis– reducen la accesibilidad de los servicios, aunque estén disponibles. Las tarifas asociadas a las pruebas de laboratorio, las imágenes de diagnóstico o los medicamentos pueden limitar la accesibilidad económica a los servicios relacionados con el VIH, creando dificultades económicas e impidiendo el avance hacia la cobertura sanitaria universal.

El fundamento jurídico de la atención a cada dimensión de la cobertura sanitaria universal puede encontrarse en el derecho a la salud: la cobertura está comprendida en la disponibilidad y la accesibilidad, la calidad está cubierta por la aceptabilidad y la calidad y evitar la catástrofe financiera se encuadra en el aspecto de asequibilidad de la accesibilidad (26).

ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaid.org