
Informe técnico sobre el VIH y las poblaciones clave
Programación a escala con trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, usuarios de drogas inyectables y personas que están en prisión o en otros centros de reclusión

OCTUBRE DE 2019 GINEBRA, SUIZA

Contenido

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 1.1. LAS POBLACIONES CLAVE Y SU VULNERABILIDAD AL VIH | 4 |
| 2. PRINCIPIOS RECTORES Y ENFOQUES | 5 |
| 2.1 PRINCIPIOS | 5 |
| 2.2 ENFOQUES..... | 7 |
| 3. ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DESTINADOS A LAS POBLACIONES CLAVE | 9 |
| 3.1 INFORMACIÓN ESTRATÉGICA | 9 |
| 3.2 DISEÑO DE PROGRAMAS..... | 13 |
| 3.2.1 Administración de los programas | 13 |
| 3.2.2 Paquete integral de intervenciones del sector sanitario | 15 |
| 3.3 LOS FACILITADORES ESENCIALES Y LOS PROGRAMAS DEBEN ELIMINAR LOS OBSTÁCULOS RELACIONADOS CON LOS DERECHOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS | 20 |
| 3.3.1 Revisión de leyes, políticas y prácticas, como las relativas a la despenalización y la edad de consentimiento | 20 |
| 3.3.2 Hacer frente al estigma, la discriminación y la violencia contra los miembros de las poblaciones clave..... | 21 |
| 3.3.3 <i>Capacitación comunitaria</i> | 22 |
| 3.4 EJECUCIÓN DE PROGRAMAS | 23 |
| 3.4.1 Ejecución de programas en toda la cascada de prevención, pruebas y tratamiento del VIH | 23 |
| 3.4.2 Prestación de servicios diferenciados y servicios comunitarios..... | 26 |
| 3.5 UTILIZAR LOS DATOS PARA EL SEGUIMIENTO | 27 |
| ANEXO 1. EJEMPLOS DE ENFOQUES Y PROGRAMAS | 30 |
| ANEXO 2. REDES Y GRUPOS DE POBLACIONES CLAVE | 32 |
| ANEXO 3. DOCUMENTOS CLAVE | 34 |
| ANEXO 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS | 36 |
| REFERENCIAS | 39 |

1. Introducción

El objetivo del presente informe técnico es ofrecer información a los países que están elaborando solicitudes de financiamiento para programas integrales de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH destinados a las siguientes poblaciones clave:

- trabajadores del sexo varones, mujeres y transgéneroⁱ
- hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombresⁱⁱ
- personas transgénero (especialmente mujeres transgénero)
- usuarios de drogas inyectables
- personas que están en prisión o en otros centros de reclusión

Si comparamos la situación actual con la de hace varios años, el número de países que identifican a las poblaciones clave en sus Planes Estratégicos Nacionales ha aumentado, al igual que las intervenciones que siguen las recomendaciones de la OMS, ONUSIDA y el Fondo Mundial. Al mismo tiempo, han mejorado los métodos para medir la cobertura de los servicios entre las poblaciones clave, con datos desglosados por sexo y edad. Como resultado, ahora estamos en mejor situación para evaluar qué funciona, qué áreas programáticas plantean más dificultades a la hora de ponerlas en práctica, y a qué deficiencias en los servicios deben prestar especial atención los países cuando planifican sus programas.

Los países se han fijado metas ambiciosas para prevenir el VIH, de conformidad con la Declaración Política de 2016 de las Naciones Unidas, que hace un llamamiento a que el 90% de las personas en riesgo de infección reciban servicios de prevención integrales, así como objetivos de tratamiento alineados con las metas 90-90-90 de ONUSIDA.^{1, 2} Las intervenciones dirigidas a las poblaciones clave son un pilar central del mapa de ruta de la Coalición global para la prevención del VIH, que busca reducir en un 75% el número de nuevas infecciones para 2020,³ aunque la realidad es que las poblaciones clave siguen haciendo frente a mayores tasas de incidencia del VIH y una menor cobertura de los servicios de prevención y tratamiento. Por consiguiente, **los programas destinados a las poblaciones clave deben diseñarse a escala**. Para ello, es necesario estimar de forma fiable y segura el tamaño de las mismas (en estrecha colaboración con expertos comunitarios); comprender sus vulnerabilidades y necesidades específicas en lo que respecta a los servicios; y diseñar y prestar servicios integrales, documentados, de calidad y que respeten los derechos para llegar a un número suficiente de personas que permita marcar una diferencia para toda la población. Estos servicios no pueden cubrir exclusivamente la

ⁱ A lo largo del presente informe técnico, "poblaciones clave" hace referencia a estos cinco grupos, más que a otras poblaciones afectadas específicamente por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Para ver las definiciones completas, consulte el glosario que figura en el Anexo 4. Nótese que, aunque estas poblaciones clave puedan incluir a jóvenes de entre 10 y 24 años de edad, las Naciones Unidas consideran que los niños menores de 18 años que comercian con sexo son niños explotados sexualmente, no trabajadores del sexo.

ⁱⁱ El uso de estos términos no pretende excluir otras formas de afirmación con las que las personas describan su orientación o conducta sexual.

prevención, sino **toda la cascada de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención** para el VIH, sin olvidar otras necesidades sanitarias prioritarias, como las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis, la tuberculosis, la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

Aunque la escala, la calidad y la exhaustividad de los servicios sean aspectos esenciales, no son suficientes: **el acceso a los mismos es una cuestión primordial**. En muchos países, las poblaciones clave apenas utilizan los servicios de prevención y tratamiento, lo que se debe en gran medida a **obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género**, entre los que se encuentran la penalización, las normas religiosas y culturales, la estigmatización, la discriminación y la violencia. Por este motivo, la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022⁴ destaca la importancia de garantizar que los servicios sean accesibles, aceptables, asequibles y de calidad (tal y como queda reflejado en su quinto indicador clave de desempeño). Un componente esencial para mejorar el acceso de las poblaciones clave es **identificar, fortalecer y apoyar a las organizaciones y redes comunitarias, de la sociedad civil y de poblaciones clave para que ofrezcan programas a gran escala**. Estas organizaciones suelen estar bien posicionadas para construir plataformas de prestación de servicios fiables y seguras, ya sean servicios directos facilitados por medio de centros de acogida, agentes de divulgación comunitarios, o comunicaciones a través de Internet; o mediante derivaciones supervisadas a proveedores seleccionados que sean seguros y respeten a las poblaciones clave.

El presente informe técnico describe los principios y enfoques que se acaban de resumir. Se debe leer junto con la nota informativa del Fondo Mundial sobre el VIH,⁵ que presenta un contexto más general para las solicitudes de financiamiento para el VIH. Este informe se basa en las últimas directrices normativas y de ejecución, entre las que se incluyen las cuatro herramientas de ejecución de programas del VIH con poblaciones clave,ⁱⁱⁱ que traducen en medidas prácticas tanto las directrices clínicas como los facilitadores esenciales (eliminar los obstáculos en los servicios) que figuran en el documento [Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave](#) (2016) de la OMS. Las herramientas de ejecución se recopilieron gracias a la colaboración entre organizaciones y redes dirigidas por poblaciones clave, organismos de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales.

Este informe técnico también toma como referencia las lecciones extraídas de una evaluación de programas destinados a poblaciones clave realizada en 65 países. El Fondo Mundial encargó dicha evaluación (que en el presente documento se denomina como el "informe de evaluación") para examinar cómo se diseñan, prestan y supervisan los paquetes de servicios del VIH durante el periodo de asignación 2017-2019.

La sección 1 del informe describe **por qué las poblaciones clave son especialmente vulnerables al VIH**. **La sección 2** presenta los **principios y enfoques** que deben guiar todos

ⁱⁱⁱ [Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas](#) (OMS, 2013), conocido de forma informal como SWIT; [Implementando programas exhaustivos de VIH y otras ITS para hombres que tienen sexo con hombres: guía práctica para intervenciones colaborativas](#) (UNFPA, 2015), conocido como MSMIT; [Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero: guía práctica para las intervenciones de colaboración](#) (PNUD, 2016), conocido como TRANSIT; [Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions](#) (UNODC, 2017), conocido como IDUIT.

los aspectos de la programación. **La sección 3** describe los **componentes que deben formar parte de los Planes Estratégicos Nacionales y de los programas nacionales para poblaciones clave**, entre los que se encuentran la información estratégica, el diseño y la ejecución de programas, y el seguimiento. También se presenta aquí el paquete integral de intervenciones y los "facilitadores esenciales" definidos por la OMS para hacer frente a los obstáculos relacionados con los derechos en los servicios. Los anexos ofrecen **ejemplos de enfoques y programas** de todo el mundo, una lista de **redes representativas de poblaciones clave, documentos clave de referencia**, y un **glosario de términos**.

1.1. Las poblaciones clave y su vulnerabilidad al VIH

En todos los contextos, las poblaciones clave se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH y soportan mayores índices de morbilidad y mortalidad que la población general. En la mayoría de los países, una cobertura inadecuada y la deficiente calidad de los servicios destinados a dichas poblaciones siguen socavando las respuestas al virus. Sus miembros se enfrentan a altos niveles de estigmatización y discriminación, obstáculos jurídicos y limitaciones para acceder a los servicios, y apenas se les da prioridad en los sistemas de salud pública.⁶

Existe una serie de barreras estructurales que impiden o disuaden a las poblaciones clave de acceder a la atención sanitaria, al mismo tiempo que vulneran su derecho a la salud⁶ y a no ser discriminadas. En muchos países, la penalización de las relaciones sexuales entre hombres, el trabajo sexual o el consumo de drogas, así como la falta de reconocimiento jurídico de las identidades de género distintas a las de hombre y mujer, plantean grandes obstáculos en los servicios. La situación se ve agravada por prácticas policiales ilegales, como el acoso, la detención arbitraria, la extorsión y la violencia. Los miembros de las poblaciones clave que son encarcelados o detenidos se topan con las mismas restricciones de acceso a los servicios de prevención y salud que el resto de reclusos, a lo que se suele sumar una mayor discriminación y vulnerabilidad al VIH.

Además, suelen encontrarse con que los mismos proveedores de servicios les estigmatizan o discriminan con faltas de respeto, agresiones físicas o verbales, o denegación de la atención. En ocasiones, los profesionales sanitarios carecen del conocimiento y la formación necesarios sobre las necesidades específicas relacionadas con la salud sexual de las poblaciones clave o con la drogodependencia.

En ocasiones, los miembros de las poblaciones clave que no pueden optar a un empleo por su identidad sexual o de género se encuentran en situación de pobreza o sin hogar, lo que dificulta su acceso a los servicios de salud. Las personas que comercian con sexo pueden enfrentarse a sanciones legales, ser víctimas de actos violentos o ser explotadas económicamente.

La vulnerabilidad relacionada con el género, la edad o el estado serológico respecto al VIH afecta a determinados miembros de cada población clave:

- **Las mujeres** tienen menos acceso que los hombres a los servicios sanitarios y sociales, sufren una mayor marginación económica y son más vulnerables a la violencia de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que pertenecen a poblaciones clave suelen ignorarse o negarse, con medidas que incluyen la esterilización o el aborto forzados (véase la sección 2.1).

- **Los miembros jóvenes de las poblaciones clave** (con edades comprendidas entre los 10 y los 24 años) son más vulnerables por su juventud, los desequilibrios de poder en las relaciones, y su vulnerabilidad a la explotación o la violencia. Estos factores aumentan el riesgo de que adopten conductas que les exponen al VIH. En ocasiones, los menores de 18 años se encuentran con dificultades para acceder a los servicios de salud debido a las leyes que exigen el consentimiento parental, las políticas que hacen caso omiso del concepto de respetar el interés superior del niño y la evolución de sus facultades,⁷ o la ausencia de servicios adecuados para su edad en los programas diseñados para las poblaciones clave.
- **Los miembros de las poblaciones clave que viven con el VIH** pueden resultar doblemente estigmatizados debido a su estado serológico (incluso dentro de su propio grupo de población). A veces se enfrentan a mayores dificultades a la hora de acceder al tratamiento y a otros servicios que necesitan. También corren un riesgo mayor de contraer la tuberculosis (y de morir por esta enfermedad) que las personas seronegativas, especialmente cuando están en prisión o en otros entornos de reclusión, o si viven y trabajan en condiciones de hacinamiento. Entre los usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH, es muy común la coinfección por la hepatitis vírica C.

Muchos miembros de las poblaciones clave experimentan vulnerabilidades al VIH y a su impacto que se superponen, por lo que los programas deben prestar atención a esta cuestión para responder a todas sus necesidades. Por ejemplo, algunas personas comercian con sexo con el propósito de comprar drogas, o alguien que sufre estigmatización o violencia por su orientación sexual o identidad de género puede consumir alcohol o drogas como mecanismo de defensa.

2. Principios rectores y enfoques

2.1 Principios

Los programas deben cumplir los estándares de derechos humanos del Fondo Mundial: El Objetivo Estratégico 3 de la Estrategia del Fondo Mundial para 2017-2022 se compromete a “introducir y ampliar programas que eliminen obstáculos relacionados con los derechos humanos al acceder a servicios de VIH, tuberculosis y malaria, y promover y proteger la igualdad de género”.⁴ Los programas deberán integrar normas y principios en materia derechos humanos y eliminar los obstáculos relacionados en los servicios del VIH (véase la sección 3.3). Los gobiernos,^{1,8} ONUSIDA,⁹ la OMS,⁶ y la sociedad civil han reconocido una serie de programas específicos que pueden ayudar a integrar las normas y los principios en materia de derechos humanos en los servicios del VIH y eliminar los

obstáculos relacionados, especialmente para las poblaciones clave. Puede ver su descripción en el informe técnico del Fondo Mundial sobre [VIH, derechos humanos e igualdad de género](#),^{iv} y en las directrices de ONUSIDA [Key Programs to Reduce Stigma and Discrimination and Increase Access to Justice in National HIV Responses](#). Estos enfoques deberían también formar parte del paquete integral de servicios para las poblaciones clave.

Los Acuerdos Marco del Fondo Mundial incluyen cinco estándares de derechos humanos a los que todos los beneficiarios deben adherirse. Son los siguientes: a) acceso no discriminatorio a los servicios para todos, incluidas las personas detenidas; b) utilizar únicamente medicamentos y prácticas médicas científicamente aprobados y sólidos; c) no utilizar métodos crueles, inhumanos o degradantes, o que pueden constituir tortura; d) respetar y proteger el consentimiento informado, la confidencialidad y el derecho a la privacidad en relación con las pruebas médicas, el tratamiento o los servicios de salud prestados; y e) evitar la detención médica y el aislamiento involuntario, que deberán utilizarse solo como último recurso.

Los programas deben hacer frente a los problemas subyacentes que contribuyen a la desigualdad en el acceso a los servicios, como los obstáculos relacionados con el género: Los programas deben reconocer y abordar debidamente una amplia gama de cuestiones que contribuyen a la desigualdad en el acceso de las poblaciones clave a los servicios, como pueden ser la edad, la marginación social o económica, las normas culturales y de género, y la estigmatización, entre otras. Dentro de las poblaciones clave, al igual que en la población general, el género es un factor clave que influye en el riesgo de contraer la enfermedad y en la capacidad de las personas de recibir y acceder a los servicios. Por este motivo, los programas deben diseñarse, aplicarse y supervisarse con el mayor conocimiento posible de las disparidades relacionadas con el género en el acceso a los servicios básicos, y de los motivos subyacentes. También es importante comprender y responder concretamente a las dimensiones de género dentro de las poblaciones clave. Por ejemplo, los servicios de reducción de daños deben evaluar las necesidades específicas de las mujeres que consumen drogas, por ejemplo, cómo establecer un vínculo con ellas y facilitarles servicios integrales y seguros. Las mujeres transgénero no deben agruparse con los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con fines de recopilar información estratégica, difusión, prestación de servicios ni seguimiento de programas. Además, tanto mujeres como hombres deben tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de la población clave a la que pertenezcan, como parte del paquete integral de intervenciones (véase la sección 3.2.2).

Los programas no deben causar ningún perjuicio: La participación de los miembros de las poblaciones clave en todos los aspectos de la planificación de los programas (como puede ser el diálogo de país y los mecanismos de coordinación de país), su ejecución y su seguimiento, debe diseñarse de tal forma que se garantice en todo momento que no estén expuestos a ningún tipo de acoso, abuso o violencia. Los programas contarán con políticas y

^{iv} En el presente informe técnico, muchos de los enlaces remiten a la versión en inglés de las publicaciones del Fondo Mundial, pero algunas están disponibles en otros idiomas en <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/applying/resources>.

procedimientos para prevenir, mitigar y responder a las amenazas a la seguridad de los miembros de las poblaciones clave que utilizan los servicios, desean acceder a los mismos, o prestan dichos servicios (véase FHI 360/LINKAGES [Safety and Security Toolkit](#)). También es esencial garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes (véase la sección 3.5).

2.2 Enfoques

Los siguientes enfoques son clave para el éxito de los programas y deben integrarse en su diseño, ejecución y seguimiento. En la Sección 3.4 del Anexo 1 se incluyen ejemplos sobre su aplicación.

Escala y sostenibilidad: El financiamiento del Fondo Mundial existe para ayudar a los países a planificar, diseñar y prestar servicios integrales. La meta de cada país debe ser ampliar dichos servicios para que cubran al 90% de las poblaciones clave. Para ello es necesario establecer asociaciones con organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones y redes dirigidas por la comunidad y por poblaciones clave, que cuenten con la capacidad (o el potencial) de aplicar los programas a gran escala, una dirección sólida que permita incorporar información estratégica y utilizar datos de seguimiento, y la flexibilidad y capacidad necesarias para adaptarse con rapidez si cambia de repente el contexto de la prestación de servicios (véase el [informe técnico sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios y la nota informativa sobre el VIH del Fondo Mundial](#)).

La sostenibilidad de los programas a largo plazo es un aspecto que debe tenerse en cuenta desde la fase inicial de planificación. El financiamiento de donantes externos nunca es permanente, por lo que los países deben estudiar desde un punto de vista político cómo pueden integrar los programas y el financiamiento destinados a poblaciones clave en los programas y presupuestos nacionales de salud y bienestar con medidas, por ejemplo, como la contratación social (véase el Anexo 1, ejemplo A, y [La Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial](#)). Se incluyen aquí los servicios que proporcionan las organizaciones no gubernamentales (ONG) dirigidas por poblaciones clave o las organizaciones comunitarias, que suelen sufrir recortes cuando los recursos empiezan a escasear. Para evitarlo, las poblaciones clave deben ocupar un papel central no solo en la planificación y como beneficiarios de los programas, sino también como promotores de transiciones bien planificadas y documentadas que mantengan y amplíen programas estratégicos (con medidas como la reducción de daños) y de un entorno favorable que mejore el acceso a los servicios. Los solicitantes deben incluir en su planificación unos plazos, estructuras, y financiamiento adecuados para mantener y ampliar los programas. Los planes nacionales deben abordar un plan de transición presupuestado que demuestre cómo se mantendrán los programas cuando cese el financiamiento del Fondo Mundial.

La cascada de tratamiento del VIH: Los programas deben facilitar, además de intervenciones sólidas para prevenir el VIH, un paquete integral de servicios para el diagnóstico, el tratamiento y la atención con el fin de garantizar que aquellas personas cuyas pruebas del VIH hayan dado positivo puedan comenzar inmediatamente el tratamiento antirretroviral y recibir el apoyo psicosocial o de otro tipo necesario para observarlo y mantener suprimida su carga vírica, evitando así futuras transmisiones y protegiendo su salud. Los programas deben realizar un seguimiento de estas personas a lo largo de toda la cascada de tratamiento. Para más información, consulte [Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in the Health Sector](#) de la OMS.

Fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC): Muchas de las respuestas al VIH más efectivas dirigidas a las poblaciones clave se prestan en contextos comunitarios, entre otras, intervenciones para promover conductas sexuales más seguras, el uso continuo del preservativo, la profilaxis previa a la exposición, las pruebas regulares del VIH, el tratamiento del VIH, la retención en la atención, la reducción de daños y la promoción. Sin embargo, muchas comunidades y organizaciones de poblaciones clave carecen de los recursos y sistemas necesarios para prestar y gestionar los servicios de VIH y de atención sanitaria. Las solicitudes de financiamiento que pretenden fortalecer el papel de estas redes y organizaciones pueden reforzar su liderazgo y ayudarlas a actuar como asociados eficaces en las respuestas nacionales al VIH mediante la creación de plataformas de acceso que cuenten con su confianza. Como parte del FSS, se pueden considerar intervenciones específicas: seguimiento comunitario, promoción comunitaria, movilización social, establecimiento de vínculos comunitarios, colaboración y coordinación. Los sistemas comunitarios deben diseñarse desde el principio para permitir que los programas de poblaciones clave se amplíen con vistas a cumplir las metas nacionales. Para más información, consulte el [Informe técnico sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios](#) del Fondo Mundial. Tanto las organizaciones comunitarias como las ONG necesitan un apoyo financiero adecuado y coherente que permita mantener la escala y la calidad de los servicios que ofrecen. Siempre que sea posible, los países financiarán estas organizaciones mediante los presupuestos nacionales, en lugar de depender de donantes para mantenerlas. Para ello, existen modelos como la contratación social o el financiamiento de ONG con el fin de que faciliten servicios a las poblaciones clave mediante seguros de salud públicos (véase el Anexo 1, ejemplo A).

Participación y liderazgo comunitarios: La participación y el liderazgo ayudan a fomentar la confianza de las poblaciones clave en los procesos relacionados con el Fondo Mundial y su apropiación de ellos, y crean entornos favorables para la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención del VIH.¹⁰ Deben tener lugar durante los diálogos de país y las deliberaciones de los mecanismos de coordinación de país, la elaboración de las solicitudes de financiamiento y la preparación de subvenciones. Es necesario que los miembros de las poblaciones clave decidan cómo y quién les representa, teniendo en cuenta cuestiones de diversidad de género y paridad. Las comunidades pueden recurrir a la Secretaría del Fondo Mundial para fortalecer su participación mediante el [Programa de asistencia técnica sobre comunidad, derechos y género](#) o a través de los asociados técnicos. Consulte el ejemplo B del Anexo 1, así como la sección 3.3.3 y la lista de redes de poblaciones clave del Anexo 2. La participación y el liderazgo de las poblaciones clave también son esenciales para el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de programas efectivos. Es más probable que los servicios que prestan los miembros de las poblaciones clave (o que colaboran con ellas) gocen de mayor respeto y aceptación entre los beneficiarios. Para ello, es necesario contratar a sus miembros, incluidos, entre otros, agentes de divulgación comunitarios (educadores y asesores, proveedores de pruebas y distribuidores de tratamiento antirretroviral para pacientes estables, supervisores, divulgadores, educadores en derechos humanos y auxiliares jurídicos); recabar regularmente las impresiones de los beneficiarios de los servicios; y poner en marcha mecanismos efectivos de rendición de cuentas, por ejemplo, comités de supervisión dirigidos por la comunidad.

Accesibilidad y asequibilidad: Ubicar juntos los servicios hace que sean más accesibles y reduce la pérdida de pacientes durante el seguimiento. Cuando ya existan servicios sociales

o sanitarios diseñados para una población clave determinada, se pueden incorporar otros servicios incluidos en el paquete integral, ya sea ofreciendo formación adicional al personal existente o proporcionando empleados que puedan trabajar en el lugar. Los servicios deben ser flexibles para adaptarse a las necesidades de los no ciudadanos o migrantes internos que quizá no tengan la documentación que se exige habitualmente, así como ser gratuitos o asequibles. Los países garantizarán que los gastos por cuenta propia no supongan un obstáculo para que los miembros de las poblaciones clave accedan a los mismos.

Diferenciación: Para que los fondos se utilicen de la manera más eficiente y efectiva posible, los países deben valorar diferenciar el diseño y la prestación de servicios de diversas formas, entre las que se incluyen:

- **Geografía:** En función de la distribución y la densidad de los miembros de las poblaciones clave.
- **Sistemas de salud:** Con diferentes responsabilidades en función del tipo y la ubicación del proveedor.
- **Demografía:** Por ejemplo, edad, género, situación migratoria, idioma o nivel educativo.
- **Paquete de servicios:** Adaptado a las poblaciones clave individuales o subgrupos dentro de las poblaciones clave.
- **Características individuales de las poblaciones clave:** Adaptadas a varios perfiles de riesgo, prácticas sexuales o patrones de conducta.
- **Obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género:** Los programas cuyo objetivo sea abordar estos obstáculos deben adaptarse a las necesidades de cada población clave.

3. Elaboración, ejecución y seguimiento de los programas destinados a las poblaciones clave

La tabla 1 de la siguiente página resume los componentes clave de los programas de VIH destinados a las poblaciones clave, que se deben incorporar a las solicitudes de financiamiento, junto con el resto de componentes que se describen a continuación. Es de suma importancia que las solicitudes de financiamiento reflejen también los principios y enfoques que se han enumerado en la Sección 2.

3.1 Información estratégica

La seguridad de las poblaciones clave es primordial en todas las actividades relacionadas con la recopilación, el análisis y el uso de información estratégica. Puesto que recopilar datos individuales sobre poblaciones clave puede resultar peligroso en entornos hostiles, es esencial valorar en todo momento si sus miembros pueden participar en las actividades de forma confidencial y segura, así como adoptar medidas que garanticen su seguridad durante todo el proceso (véase FHI 360/LINKAGES [Programmatic Mapping](#))

[Readiness Assessment](#)). Para ello es necesario asegurar que los datos recopilados sobre las poblaciones clave se almacenen de forma segura.

Los países deben realizar evaluaciones epidemiológicas y demográficas para establecer metas realistas. Las evaluaciones epidemiológicas incluyen encuestas de seroprevalencia y evaluaciones de las necesidades. Entre las evaluaciones demográficas se encuentran las estimaciones del tamaño de las poblaciones, acompañadas siempre que sea posible de la elaboración de mapas (solo *in situ*, o bien en línea para determinados subconjuntos de poblaciones clave) con el fin de decidir en qué áreas se deben facilitar los servicios, así como cuáles son los horarios de atención más adecuados (véanse [Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV](#) y las [Directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH](#) de ONUSIDA y la OMS.) Sin embargo, como las encuestas conductuales y de estimación del tamaño de las poblaciones pueden consumir mucho tiempo y recursos, se recomienda a los países adoptar un enfoque más pragmático (por ejemplo, elaborar mapas comunitarios) y poner en marcha los programas donde son inequívocamente necesarios para realizar posteriormente ajustes cuando dispongan de datos más exactos.

La información estratégica debe desglosarse cuando se analiza para garantizar que los servicios lleguen a las personas que los necesitan y no dejen a nadie atrás. Los servicios diferenciados solo pueden diseñarse y facilitarse de forma efectiva y eficiente si se dispone de información sobre la diversidad de las poblaciones clave a nivel local. Por ello, siempre que sea posible, los datos que se generan a partir de las encuestas y programas se desglosarán por sexo y edad dentro de cada población. Esta medida es especialmente importante en el caso de los trabajadores del sexo y de los usuarios de drogas inyectables: dentro de estas poblaciones clave, los subgrupos diferenciados por género, identidad de género y edad experimentan diferentes vulnerabilidades, necesidades respecto a los servicios y obstáculos al acceder a los mismos. Por el mismo motivo, los miembros de poblaciones clave menores de 18 años deben diferenciarse de los que han cumplido la mayoría de edad. (Cabe recordar, no obstante, que las Naciones Unidas consideran que los niños menores de 18 años que comercian con sexo son niños explotados sexualmente, no trabajadores del sexo.)^{8,9} También es necesario desglosar los datos a nivel subnacional de forma regular para usarlos en los distritos y en los centros.

Tabla 1: Resumen de un paquete de servicios integral y de enfoques de prestación básicos para poblaciones clave (adaptado a partir de las directrices unificadas de la OMS sobre poblaciones clave y las herramientas de ejecución para poblaciones clave)

| Paquete integral | Intervenciones/poblaciones clave | Trabajadores del sexo | HSH | Personas transgénero | Usuarios de drogas | Reclusos |
|--|--|-----------------------|-----|----------------------|--------------------|----------|
| Intervenciones del sector sanitario | Prevención del VIH: <ul style="list-style-type: none"> • Programas de preservativos y lubricantes • Profilaxis previa a la exposición* • Profilaxis posterior a la exposición | X | X | X | X | X |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|-----|---|
| | Intervenciones de reducción de daños (programas de agujas y jeringas, tratamiento de sustitución de opiáceos y naloxona) | | | | X** | |
| | Intervenciones para el cambio de comportamiento dirigidas a comprender y reducir los riesgos | X | X | X | X | X |
| | Servicios de pruebas del VIH | X | X | X | X | X |
| | Tratamiento y atención del VIH, incluido el apoyo a la observancia para la retención | X | X | X | X | X |
| | Prevención y manejo de coinfecciones y comorbilidades | X | X | X | X | X |
| | Intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva | X | X | X | X | X |
| | Otros servicios sanitarios para cubrir las necesidades específicas de las poblaciones clave (por ejemplo, atención relacionada con la afirmación de género para personas transgénero, servicios adaptados a los adolescentes para los miembros jóvenes de las poblaciones clave, salud mental y programas de drogodependencia). | X | X | X | X | X |
| Facilitadores esenciales | Legislación y políticas propicias | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Abordar la estigmatización y la discriminación | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Capacitación comunitaria | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Abordar todas las formas de violencia | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Los servicios de salud deben estar disponibles y ser accesibles y aceptables para las poblaciones clave, basarse en los principios de la ética médica, evitar la estigmatización y la discriminación, y promover el derecho a la salud. | Todas las poblaciones clave | | | | |
| Planificación y ejecución de programas | Financiamiento adecuado y planificación para la sostenibilidad | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Gestión y supervisión sólidas en todos los niveles de los programas | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Enfoque comunitario de la planificación y prestación de servicios, mediante la creación de una "plataforma de acceso fiable" para los miembros de las poblaciones clave | Todas las poblaciones clave | | | | |
| | Enfoques de prestación de servicios adaptados: información por Internet, estrategias de marketing social, divulgación en el lugar de la práctica sexual, divulgación en el lugar donde se consumen drogas, según corresponda | Todas las poblaciones clave, según corresponda | | | | |
| | Uso de datos para el seguimiento, la resolución de problemas y la mejora de | Todas las poblaciones clave | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | todos los niveles programáticos, incluidos los grupos de supervisión de programas para poblaciones clave | |
|--|--|--|

**Profilaxis previa a la exposición para las poblaciones expuestas a un importante riesgo de contraer el VIH.¹¹*

***Todos los miembros de las poblaciones clave que se inyectan drogas deben recibir intervenciones de reducción de daños.*

Es necesario realizar evaluaciones de las necesidades para identificar los determinantes del riesgo y qué servicios necesitan específicamente las poblaciones clave. Las evaluaciones tendrán en cuenta las conductas específicas de la edad y el género, así como la orientación sexual, con el fin de determinar quién debe facilitar los servicios y cómo, y de identificar dónde existen deficiencias y obstáculos en la provisión de servicios. El enfoque de evaluación y respuesta rápida de la OMS (RAR)^{12, 13} y el [Instrumento de diagnóstico de género](#) (GAT) de ONUSIDA son útiles para analizar contextos y adaptar las respuestas nacionales con vistas a que sean más transformadoras desde el punto de vista del género, equitativas y que se basen en los derechos de las poblaciones clave.

La estimación del tamaño de las poblaciones y la elaboración de mapas deben diseñarse de tal forma que permitan averiguar el número de personas que pertenecen a las poblaciones definidas para los programas. Por ejemplo, es necesario tener en cuenta si las mujeres o hombres que se inyectan drogas son "activos" (han consumido drogas inyectables en los últimos seis meses); o si los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres están expuestos a un riesgo mayor (han tenido más de una pareja del mismo sexo en los últimos seis meses). (Véase [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#) de la OMS.)

Las definiciones programáticas de las poblaciones clave deben tener en cuenta las vulnerabilidades que se solapan: Los miembros de las poblaciones clave pueden definirse a sí mismos de tal forma que algunas de sus vulnerabilidades no quedan reflejadas. Por ejemplo, en ocasiones un hombre homosexual o un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres puede no mencionar que se dedica al comercio sexual, o una mujer que comercia con sexo en su hogar no se define a sí misma como trabajadora del sexo. Los patrones de consumo de drogas de una persona pueden pasar de la inyección a otros métodos y viceversa, lo que dificulta conseguir una estimación precisa del tamaño de las poblaciones. Por consiguiente, a la hora de realizar encuestas o elaborar mapas se deben tener en cuenta estas identidades que se solapan o que cambian a lo largo del tiempo. Por su parte, los servicios deben diseñarse con la suficiente flexibilidad para contemplar la diversidad de las poblaciones clave.

Es necesario que los países contemplen los entornos virtuales al elaborar mapas de las poblaciones clave siempre que sea adecuado y seguro. El uso de las redes sociales para establecer contactos sexuales se está extendiendo entre determinadas poblaciones clave, como los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los programas deben valorar la posibilidad de localizar estas redes. Sin embargo, se necesitan políticas sobre privacidad, seguridad y ética que permitan elaborar mapas en línea y garantizar la seguridad de quienes se ponen en contacto virtualmente.

Se deben tener en cuenta los factores que afectan a la fiabilidad de los datos. Si se utilizan encuestas de biocomportamiento integradas (IBBS) para estimar el tamaño de las

poblaciones, deberán aplicarse para la población general, no solo para las poblaciones clave a las que ya cubren los programas. Es importante tener cuidado al extrapolar los estudios de vigilancia a pequeña escala y los datos programáticos, puesto que pueden sesgar las estimaciones. Cabe destacar que el muestreo para estimar el tamaño de las poblaciones en entornos sociales o jurídicos hostiles puede llevar a error, puesto que sus miembros en ocasiones ocultan su identidad, lo que da lugar a subestimaciones.

Se debe garantizar la participación significativa de la comunidad en la recopilación, el análisis y el uso de datos. Los representantes de las poblaciones clave deben participar en todos los aspectos de la información estratégica, por ejemplo, desarrollando y validando las estimaciones sobre el tamaño de las poblaciones, realizando evaluaciones de las necesidades, identificando obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en los servicios, y utilizando de forma rutinaria datos programáticos, como indicadores, para resolver problemas y mejorar los programas. Si existen redes y organizaciones de poblaciones clave dentro del país, su participación mejorará la precisión y validez de la información estratégica (consulte el Anexo 1, ejemplo B).

Posibles deficiencias programáticas: Información estratégica

El informe de evaluación de paquetes de servicios para poblaciones clave en 65 países detectó una serie de deficiencias importantes en el diseño, la ejecución y el seguimiento, que se repetían con cierta frecuencia en un número significativo de países. Se recomienda a los países que las tengan en cuenta al elaborar sus solicitudes de financiamiento para que los programas que proponen sean realmente integrales.

- Muchos planes nacionales no reconocen a todas las poblaciones clave presentes en el país, especialmente en el caso de las personas transgénero, los usuarios de drogas inyectables y los reclusos, e ignoran las dimensiones de género, orientación sexual y edad de las poblaciones clave.
- Las poblaciones clave no están debidamente representadas en el diseño de los paquetes de servicios.
- Los datos disponibles sobre poblaciones clave no se desglosan por sexo, por lo que resulta difícil diseñar programas que respondan a las necesidades de género.
- No existe información suficiente sobre la cobertura, ni en los planes nacionales ni en los procedimientos operativos estándar.

3.2 Diseño de programas

3.2.1 Administración de los programas

Los Planes Estratégicos Nacionales para el VIH, así como los planes operativos para dirigir la ejecución programática, deben diseñarse de tal forma que construyan una plataforma fiable de acceso a los servicios, por ejemplo, fortaleciendo las organizaciones comunitarias para ampliar programas basados en datos, sensibles, responsables y de alta calidad en toda la cascada de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH. Para que los planes sean integrales, se necesita:

- **Reconocer a todas las poblaciones clave que están presentes en el país y definir las con precisión** (por ejemplo, al utilizar el término “trabajadores del sexo”, ¿se hace referencia a hombres, mujeres, personas transgénero o a todos ellos?).
- **Definir con claridad las metas y los objetivos** de los programas para poblaciones clave, por ejemplo, si se centran en un género determinado o si utilizan otro tipo de desglose, según corresponda.
- **Incluir un paquete integral de intervenciones basadas en pruebas**, identificadas por población clave, que incluya tanto intervenciones sanitarias como facilitadores esenciales (véanse las secciones 3.2.2 y 3.3), y que esté adaptado para responder a vulnerabilidades concretas.
- **Abordar servicios diferenciados** para poblaciones clave individuales o subgrupos dentro de ellas (véase la sección 3.4.2), así como la capacitación comunitaria y la sostenibilidad.
- **Demostrar cómo se ampliará el alcance de los programas.** Los planes también deben demostrar cómo se hará frente a los obstáculos políticos, administrativos, relacionados con los derechos humanos y con el género que impiden ampliar los programas.
- **Facilitar estructuras y apoyo para mejorar la gestión y la rendición de cuentas.** Por ejemplo, prestar asistencia a las organizaciones dirigidas por poblaciones clave para que puedan asumir la dirección de las intervenciones.
- **Presentar un plan operativo claro y presupuestado**, con plazos para su ejecución.
- **Incorporar un marco de seguimiento y evaluación** con indicadores y metas clave, así como una definición clara de su alcance y cobertura. (Véase [Indicadores para el seguimiento global del sida](#) de ONUSIDA.) El sistema nacional de seguimiento debe compilar los datos de todos los proyectos subnacionales, mientras que los datos programáticos deben examinarse y utilizarse sistemáticamente a nivel nacional y subnacional para gestionar y solucionar los problemas.
- **Facilitar la recopilación, el registro y el seguimiento de datos** a nivel local, regional y nacional para mostrar los resultados en toda la cascada de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención (por ejemplo, los relativos al tratamiento, como el seguimiento de la carga vírica).
- **Actualizarse cada 3 o 5 años** para reflejar los cambios en la epidemia del VIH, las últimas estimaciones sobre el tamaño de las poblaciones y los avances e innovaciones en el ámbito sanitario, con vistas a facilitar los servicios adecuados.

Los planes estratégicos nacionales deben asegurar la participación inclusiva de todas las partes interesadas, incluidas organizaciones comunitarias cuyo personal, dirección y gobernanza sean predominantemente miembros de poblaciones clave y que rindan cuentas principalmente a sus beneficiarios. También se deben tener en cuenta otras organizaciones comunitarias y ONG que lleven tiempo realizando una labor participativa con sus beneficiarios, especialmente si se trata de poblaciones clave. En ambos casos, los programas actuarán de forma proactiva para fortalecer y respaldar a estas organizaciones (véase la sección 2.2 y el [Informe técnico sobre el fortalecimiento de los sistemas comunitarios](#) del Fondo Mundial). Aunque los servicios dirigidos por la comunidad son una parte integral de la capacitación comunitaria, en algunos lugares puede ser ilegal o peligroso para las poblaciones clave formar organizaciones comunitarias u ONG. Sin embargo, incluso en estos lugares, sus representantes deben participar en la medida de lo posible en la planificación, la

ejecución y el seguimiento de los programas, y para ello es necesario crear espacios seguros que faciliten dicha participación.

Las organizaciones comunitarias que actúan como receptores y subreceptores deben coordinarse con los responsables de los procesos nacionales para garantizar la sostenibilidad, mientras que los planes estratégicos nacionales deben demostrar cómo integran en el programa nacional las iniciativas dirigidas a las poblaciones clave. Para más información, consulte la [Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020](#) de la Coalición global para la prevención del VIH.

Los planes deben definir las funciones de los proveedores de atención sanitaria pública y privada, las ONG, las organizaciones comunitarias y las organizaciones dirigidas por comunidades y poblaciones clave. También especificarán qué servicios se facilitarán (y cómo) fuera de las zonas urbanas y en otras áreas con una morbilidad elevada del VIH (véase el Anexo 1, ejemplo C). En aquellos países cuyos sistemas de atención sanitaria están descentralizados, será necesario elaborar procedimientos operativos estándar para la prestación de servicios, su seguimiento y los estándares de calidad.

Las redes y representantes de las poblaciones clave deben participar en el diseño del paquete de servicios. Los representantes de las poblaciones clave participarán en la planificación nacional, por ejemplo, formando parte del Mecanismo de Coordinación de País y en el diseño de los Planes Estratégicos Nacionales. Las observaciones que realizan los pacientes durante la ejecución del programa pueden utilizarse para el siguiente ciclo de diseño.

Los programas deben estar supervisados por un grupo con una representación integral de las partes interesadas, incluidas las poblaciones clave. Es esencial trabajar para que todos los ministerios y departamentos gubernamentales pertinentes respalden los programas del VIH. Un Comité de Supervisión del MCP puede garantizar la participación activa de todos los departamentos públicos pertinentes, junto con entidades ejecutoras del sector privado y no gubernamental y representantes de las poblaciones clave. Entre las funciones del grupo estará elaborar un plan para mitigar el impacto negativo que determinadas leyes, reglamentos y políticas tienen en el acceso de las poblaciones clave a los servicios. También deberá garantizar que se apliquen las directrices de ejecución pertinentes (como los procedimientos operativos estándar para la profilaxis previa a la exposición o para el tratamiento de sustitución de opiáceos) con el fin de contribuir al buen desarrollo de programas integrales destinados a las poblaciones clave. El grupo también desarrollará planes para solventar las deficiencias programáticas en áreas que no reciben suficientes fondos, como la prevención del VIH, y garantizar que los recursos se distribuyan de conformidad con las necesidades prioritarias.

3.2.2 Paquete integral de intervenciones del sector sanitario

El paquete integral de intervenciones del sector sanitario para poblaciones clave (trabajadores del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, usuarios de drogas inyectables y personas en prisiones y otros centros de reclusión) se describe en las [directrices unificadas sobre poblaciones clave](#) de la OMS, mientras que las intervenciones se detallan en cuatro herramientas de ejecución sobre [trabajadores del sexo \(SWIT\)](#), [hombres que tienen relaciones sexuales con hombres \(MSMIT\)](#), [personas transgénero \(TRANSIT\)](#), y [usuarios de drogas inyectables \(IDUIT\)](#). El

paquete no solo incluye intervenciones conductuales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, sino también medidas para abordar comorbilidades como la tuberculosis y la hepatitis vírica y las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. El paquete integral cubre asimismo enfoques (llamados "facilitadores esenciales") que hacen frente a los obstáculos jurídicos, políticos, sociales y relacionados con el género que impiden que los miembros de las poblaciones clave accedan a los servicios que necesitan. Dichos enfoques se describen en la Sección 3.3.

Las intervenciones del sector sanitario y los facilitadores esenciales son pertinentes para todas las poblaciones clave,^v y deben considerarse interdependientes, lo que significa que no es suficiente con aplicar tan solo alguno de ellos. Es posible que los recursos del Fondo Mundial no puedan cubrir por sí solos todas estas intervenciones, pero deben planificarse teniendo en cuenta el panorama general de financiamiento nacional para la salud. Por ello, las solicitudes de financiamiento deben incluir planes para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios para los miembros de las poblaciones clave, y diseñar métodos adecuados de medir la cobertura de los mismos.

1. Prevención:

- a. **Programas integrales de preservativos y lubricantes**, que garanticen que:
 - a) exista un suministro generalizado, continuo y suficiente de preservativos y lubricantes compatibles, gratuitos y de calidad para los miembros de las poblaciones clave; b) los miembros de las poblaciones clave cuenten con los conocimientos, competencias y capacidades necesarias para usarlos de forma correcta y sistemática; y c) se promueva la demanda de preservativos y lubricantes entre las poblaciones clave.¹⁴ Los lubricantes deben formar parte de los servicios dirigidos a mujeres trabajadoras del sexo y transgénero, usuarios de drogas inyectables, y reclusos, y no solo para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Los preservativos femeninos se incluirán, como mínimo, en el paquete destinado a mujeres trabajadoras del sexo.
- b. **La profilaxis previa a la exposición** debe ser una opción disponible para las personas que corren un riesgo importante de infectarse por el VIH.^{vi} Su disponibilidad está aumentando en algunos países, mientras que en otros está en fase de prueba. Debe formar parte de los planes nacionales incluso si durante su elaboración existe cierta incertidumbre sobre el financiamiento. En función de la información estratégica disponible, el programa debe establecer qué segmento de las poblaciones clave está en mayor riesgo, determinar su elegibilidad e interés, establecer metas e indicadores, y garantizar el apoyo a la observancia del tratamiento y los vínculos con otros servicios de salud.¹³
- c. **La profilaxis posterior a la exposición** se recomienda para aquellas personas que pueden haber estado expuestas al VIH, por ejemplo, tras una agresión sexual. Estos servicios deben ofrecerse junto con intervenciones de

^v Con la excepción de los programas de agujas y jeringas, el tratamiento de sustitución de opiáceos y la naloxona, que son intervenciones dirigidas específicamente a los usuarios de drogas inyectables o a las personas que dependen de los opiáceos.

^{vi} Las OMS define un "riesgo importante" como una incidencia del VIH en la población superior al 3% (consulte el documento [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#)) de la OMS.

detección y reparación de la violencia de género, asistencia jurídica y otras intervenciones ajenas al sector sanitario. La profilaxis posterior a la exposición también debe estar a disposición de los agentes de divulgación que sufren pinchazos accidentales con las agujas.

2. **La prevención de la violencia y la respuesta** a la misma sirven como complemento de las iniciativas de análisis y reparación y se consideran un componente esencial de la prevención del VIH, puesto que la violencia ejercida contra miembros de las poblaciones clave aumenta su vulnerabilidad ante el virus. Los programas para responder a los actos violentos, que suelen estar organizados y dirigidos por los propios miembros de las poblaciones clave, pueden ayudar a promover una plataforma de acceso a los servicios que cuente con la confianza de la comunidad.
3. **Intervenciones de reducción de daños para consumidores de drogas**, en concreto, programas de agujas y jeringas para quienes se inyectan drogas, tratamiento de sustitución de opiáceos y otras terapias basadas en pruebas para tratar la drogodependencia, así como la provisión de naloxona en caso de sobredosis.¹⁵ Los estándares deben cumplir los que figuran en la [Guía técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA](#) de 2012, especialmente en lo que se refiere al suministro de productos de prevención. Los programas deben reflejar las necesidades específicas de las mujeres que consumen drogas, así como cualquier cambio en sus pautas de uso, como el consumo de estimulantes, y los cambios en las conductas sexuales de riesgo. Se deben valorar los servicios de reducción de daños y los vínculos con servicios para tratar la drogodependencia entre usuarios que consumen drogas no inyectables, como anfetaminas, que en algunos casos se vinculan a conductas que los exponen a un mayor riesgo de infectarse por el VIH.¹⁶ Nótese que el resto de intervenciones que figuran en esta enumeración también forman parte del paquete integral de reducción de daños recomendado por la OMS.
4. **Intervenciones conductuales** que facilitan información documentada y competencias para mejorar la percepción personalizada del riesgo, reducir el riesgo, evitar la transmisión del VIH, ampliar la utilización de los servicios y promover comportamientos saludables. Entre estas intervenciones está la comunicación para el cambio de comportamiento y social, tanto para individuos como grupos, que se lleva a cabo en centros de salud o en entornos comunitarios (por ejemplo, mediante la divulgación móvil) y se adapta al contexto local.
5. **Servicios de pruebas del VIH** en contextos comunitarios, clínicos y de reclusión.¹⁷ Deben incluir pruebas rápidas realizadas por proveedores no profesionales formados a este fin,¹⁸ la entrega de estuches de autodiagnóstico y servicios destinados a las parejas.¹⁹
6. **El tratamiento y la atención del VIH**, que cubren el acceso al tratamiento antirretroviral para las personas cuyas pruebas del VIH hayan dado positivo, el seguimiento de la carga vírica y la retención en los servicios de tratamiento y atención.²⁰ Estos servicios son esenciales para alcanzar las metas 90-90-90. **Los planes nacionales deben incluir la provisión de pruebas de VIH, el tratamiento antirretroviral y la supervisión clínica, especialmente para las poblaciones clave.** No se puede asumir que cuando estos servicios están disponibles para la población general, también podrán acceder a ellos los miembros de las poblaciones

clave.

7. **Prevención y manejo de coinfecciones y otras comorbilidades**, como la hepatitis vírica,^{21,22,23} la tuberculosis,²⁴ el virus del papiloma humano, y trastornos de salud mental (véase el Anexo 1, ejemplo D).²⁵ En concreto, deben facilitarse de forma sistemática los vínculos con las pruebas, la prevención y el manejo de la tuberculosis.^{26,27}
8. **Intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva**, como la detección y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) asintomáticas, el manejo de casos sindrómicos de ITS sintomáticas cuando se carece de pruebas de laboratorio,²⁸ la detección y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, así como otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Es necesario diferenciar los servicios dentro de cada elemento del paquete integral para cubrir las necesidades de poblaciones clave específicas. Por ejemplo, no será efectivo facilitar el mismo número de preservativos y lubricantes por persona sin tener en cuenta a qué población clave pertenecen, cuáles son sus prácticas sexuales, dónde viven, etc. A continuación, se presentan otros aspectos para la diferenciación:

- Se deben tener en cuenta las **necesidades integrales de salud sexual y reproductiva** dentro de las poblaciones clave. Por ejemplo, los servicios dirigidos a las mujeres trabajadoras del sexo deben incluir el acceso a medidas integrales de contracepción, atención para que los embarazos sean seguros (por ejemplo, prevención de la transmisión materno-infantil del VIH)^{29,30}, detección y tratamiento de ITS, y detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino.³¹ Las mujeres que se inyectan drogas también necesitan servicios de salud reproductiva, por lo que deben incorporarse en que el paquete de servicios para esta población. De la misma manera, las necesidades de los hombres homosexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y de las personas transgénero deben evaluarse con sensibilidad y abordarse de forma integral. Es necesario adoptar medidas como facilitar el acceso a preservativos y lubricantes, la detección y el tratamiento de ITS, la vacunación, la detección y el tratamiento de la hepatitis B, la detección y la vacunación para el VPH y la educación general sobre la salud del pene y anal. En el caso de los hombres y mujeres transgénero, deben contemplarse las terapias hormonales de reafirmación del género.
- **Los miembros adolescentes y jóvenes de las poblaciones clave** necesitan intervenciones diferenciadas que reflejen que su conocimiento del VIH y de la salud sexual y reproductiva puede diferir del de los adultos, y que respeten cómo prefieren recibir la información (por ejemplo, mediante redes sociales) con un lenguaje adecuado a su edad. Los planes deben abordar también como hacer frente a los obstáculos con los que se topan los menores de 18 años al acceder a los servicios cuando se requiere el consentimiento paterno o existen otros obstáculos jurídicos. Además, es necesario llevar a cabo iniciativas para mantener a los jóvenes escolarizados y facilitar educación integral sobre la sexualidad en las escuelas públicas y privadas como estrategia de prevención.
- **Los reclusos** deben diferenciarse de otras poblaciones clave puesto que es menos probable que dispongan de algunos servicios, especialmente en lo que respecta a la prevención del VIH y a los facilitadores esenciales (véase la sección 3.3). Sin

embargo, los países deben garantizar que cuentan con los recursos suficientes para ofrecer un paquete definido de servicios al menos al 90% de los reclusos. El paquete recomendado por la OMS incluye, además del paquete integral previamente mencionado, intervenciones para prevenir la violencia sexual y la transmisión del VIH a través de servicios médicos y dentales, tatuajes y piercings. También destaca que la salud en las prisiones forma parte de la salud pública y la importancia de adoptar un enfoque basado en el respeto de los derechos humanos (el principio de equivalencia de la salud en las cárceles). Para más información, consulte la publicación de las Naciones Unidas [Prevenición, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión.](#)

- La OMS recomienda **intervenciones adicionales para algunos miembros de las poblaciones clave**, que se describen en las herramientas de ejecución para dichas poblaciones y que los planes nacionales deben incluir. Son las siguientes: pruebas de detección del cáncer anorrectal (para hombres o personas transgénero que practican el sexo anal);³² asesoramiento sobre la reducción de riesgos y de daños para personas transgénero que reciben tratamiento de sustitución hormonal, especialmente para quienes lo hacen de forma no oficial porque no pueden acceder al mismo a través de los servicios sanitarios establecidos; y atención clínica para los supervivientes de agresiones sexuales, con medidas de contracepción de emergencia, profilaxis posterior a la exposición para el VIH y otras ITS; vacunación contra la hepatitis B, así como atención y apoyo psicosocial.³³ Los servicios de apoyo también deben ofrecer asesoramiento telefónico directo mediante asesores entre pares formados para facilitar apoyo psicosocial, así como intervenciones de respuesta a situaciones de crisis donde los equipos multidisciplinares vinculen a los supervivientes con diferentes servicios y espacios seguros.

Posibles deficiencias programáticas: Paquete de intervenciones

Se recomienda a los países que están elaborando solicitudes de financiamiento que tengan en cuenta estas deficiencias para garantizar que los programas sean 100% funcionales e integrales.

- En algunos casos, no se diferencian los paquetes de servicios (por ejemplo, se ofrecen los mismos paquetes de intervenciones y enfoques de prestación para todas las poblaciones clave, independientemente de su edad y género) y no se permite que las organizaciones ejecutoras tengan flexibilidad para abordar las condiciones locales ni cubrir las necesidades específicas de los miembros de las poblaciones clave.
- A menudo no se dispone de preservativos masculinos y femeninos ni de lubricantes de calidad, no se promueve su uso y no se abordan los obstáculos que impiden que se utilicen de forma sistemática. Los lubricantes no se consideran una parte esencial de los programas de preservativos.
- La provisión de programas de agujas y jeringas, el tratamiento de sustitución de opiáceos y la prevención de la sobredosis para usuarios de drogas inyectables, incluidos los reclusos, suelen ser inadecuados.
- La profilaxis previa a la exposición no se incluye en los paquetes de prevención.
- No se especifica cómo se facilitarán las pruebas del VIH y el tratamiento antirretroviral a

las poblaciones clave, aunque sus miembros tengan más dificultades para acceder a estos servicios. No se aprovecha suficientemente la labor de los proveedores no profesionales a la hora de realizar pruebas del VIH y facilitar tratamiento antirretroviral, aunque pueden mejorar el acceso de las poblaciones clave a los servicios y la OMS lo recomiende.

- No se ponen de relieve los beneficios para la prevención y la salud que se consiguen cuando las poblaciones clave inician pronto el tratamiento y permanecen en la atención, por ejemplo, difundiendo información sobre el hecho de que el virus no se transmite si es indetectable.
- Las comorbilidades y otros servicios sanitarios (como los de salud mental) no reciben suficiente atención.
- No se presta suficiente atención a la provisión de servicios sensibles a las cuestiones de género (por ejemplo, que aborden las necesidades específicas de las mujeres que consumen drogas o de los trabajadores del sexo varones o transgénero). No se toman las medidas necesarias para prevenir, mitigar y responder a los efectos de la violencia contra las poblaciones clave, incluso cuando es un gran elemento disuasorio a la hora de acceder a los servicios.

3.3 Los facilitadores esenciales y los programas deben eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios

Las [Directrices unificadas para grupos de población clave](#) de la OMS definen los facilitadores esenciales como "las estrategias, las actividades y los enfoques utilizados como medio para lograr el objetivo de mejorar la accesibilidad, la aceptabilidad, la captación, la cobertura equitativa, la calidad, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y la atención de la infección por el VIH. Los elementos facilitadores operan a muchos niveles —individual, de la comunidad, institucional, de la sociedad, además de nacional, regional y mundial— y son cruciales para aplicar programas integrales contra el VIH destinados a los grupos de población clave en todos los contextos epidémicos".⁶

Los cinco facilitadores esenciales que se enumeran en las directrices se describen brevemente en las siguientes tres secciones, y deberán abordarse para crear un entorno favorable que permita planificar, ejecutar y supervisar los programas destinados a las poblaciones clave y que sus miembros puedan sentirse seguros al utilizar los servicios. Aunque se dan ejemplos de cómo incorporar los facilitadores esenciales, los países deberán analizar con detalle sus contextos particulares para determinar otras formas de abordarlos. Los facilitadores esenciales complementan, y en algunos casos incluyen, los programas que figuran en el informe técnico del Fondo Mundial sobre [VIH, derechos humanos e igualdad de género](#).

3.3.1 Revisión de leyes, políticas y prácticas, como las relativas a la despenalización y la edad de consentimiento

Las [Directrices unificadas para grupos de población clave](#) de la OMS estipulan que los países deben "orientar los esfuerzos para lograr la despenalización de comportamientos como el consumo y la inyección de drogas, la prostitución, las relaciones sexuales con personas del mismo sexo y las identidades de género discordantes, para eliminar la aplicación injusta del derecho civil y los reglamentos contra las personas que consumen drogas inyectables, los

trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero",⁶ en la misma línea que otros llamamientos similares de múltiples organismos.^{34,35} Además, los países deben:

- Hacer frente a las leyes que penalizan la identidad o las conductas de las poblaciones clave, o que restringen su acceso a los servicios, por ejemplo, aquellas que prohíben o limitan el acceso a servicios de reducción de daños o que requieren el consentimiento paterno para realizar pruebas o tratar a los menores de 18 años.
- Hacer frente a las prácticas de las fuerzas del orden que vulneran los derechos humanos de los miembros de las poblaciones clave o aumentan su riesgo de infectarse por el VIH, como la confiscación de preservativos o agujas estériles, y las exámenes anales forzados de hombres homosexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero.
- Exigir responsabilidades a las instituciones para que cumplan las leyes y prácticas vigentes que defienden los derechos de las poblaciones clave.
- Tomar medidas para cerrar los centros de "tratamiento y rehabilitación" obligatorios de drogodependientes, en línea con la declaración conjunta de las Naciones Unidas al respecto,³⁶ así como los centros de detención que pretenden "rehabilitar" a los trabajadores del sexo o a los niños que han sido víctimas de la trata, o "tratar" la orientación sexual o la igualdad de género. El Fondo Mundial no financia los programas de tratamiento obligatorio, ni apoya las prácticas médicas coercitivas, entre las que se encuentran el registro y las pruebas obligatorias, la notificación a las parejas, la esterilización forzada y los exámenes anales forzados.

Los esfuerzos de sensibilización pueden abarcar campañas públicas, seminarios de concienciación (véase más abajo), la colaboración con los medios de comunicación para mejorar la cobertura de las cuestiones relacionadas con las poblaciones clave y el VIH, o la asociación con organizaciones que tengan objetivos similares en materia de derechos civiles.

3.3.2 Hacer frente al estigma, la discriminación y la violencia contra los miembros de las poblaciones clave

Las [*Directrices unificadas para grupos de población clave*](#) de la OMS tratan la estigmatización y la discriminación de forma independiente a la violencia, pero aquí se describen juntas puesto que están estrechamente relacionadas. La violencia incluye abusos físicos, sexuales, económicos y psicológicos, así como estructurales, y otros tipos de violaciones de los derechos humanos.

Entre quienes ejercen la estigmatización, la discriminación y la violencia pueden estar representantes del estado, como la policía, las fuerzas del orden, los militares, los guardias fronterizos y los guardas penitenciarios; representantes institucionales, como empresarios, proveedores de atención sanitaria, educadores y arrendadores; miembros de la población general, como familiares y parejas íntimas; y líderes o grupos religiosos, pandilleros o milicias.

Los solicitantes deben presentar un enfoque que haga frente a la estigmatización, la discriminación y la violencia tratándolas como una amenaza de salud pública y un problema de derechos humanos, y que elimine los obstáculos en los servicios. Aunque deba adaptarse al contexto de cada país, el enfoque probablemente respalde intervenciones que:

- **Fomenten la responsabilidad de la policía**, con iniciativas entre las que pueden

estar talleres periódicos de sensibilización sobre los derechos humanos y las leyes relacionadas con las poblaciones clave y el VIH, y la implicación de los funcionarios de la policía local para respaldar los programas, por ejemplo, impidiendo que se acose a los agentes de divulgación o a los beneficiarios de los programas, o designando oficiales de enlace para las poblaciones clave.

- **Sensibilicen a los trabajadores de salud** y otros empleados de centros clínicos ofreciéndoles formación en materia de derechos jurídicos, el riesgo de contraer el VIH y las necesidades clínicas y psicosociales de las poblaciones clave, así como en lo relativo a una prestación respetuosa de los servicios, presando especial atención a la confidencialidad del paciente y el consentimiento voluntario e informado para someterse a tratamiento. Los usuarios de servicios que sufran discriminación u otras vulneraciones de sus derechos deben disponer de mecanismos de denuncia. En entornos hostiles para las poblaciones clave, se debe evaluar con cuidado cómo se promueven y catalogan estos servicios, tanto fuera como dentro de los centros.
- **Promuevan la capacidad y la autosuficiencia de los miembros de las poblaciones clave**, por ejemplo, informando a los miembros sobre sus derechos humanos y sus derechos como ciudadanos, en virtud de las constituciones y legislaciones nacionales. Los enfoques incluyen seminarios de familiarización con las leyes para que "conozcan sus derechos", así como la integración de servicios comunitarios de asesoría paralegal o legal en los programas de divulgación (véase también la Sección 3.3.3). Los proveedores de servicios deben estar capacitados para derivar a quienes han sufrido discriminación o violencia a los servicios de asistencia jurídica correspondientes siempre que estén disponibles.
- **Recaben datos sobre la discriminación y la violencia que sufren los miembros de las poblaciones clave**, una medida importante para la reparación jurídica en casos individuales y para establecer una base empírica a la que se pueda recurrir con el fin de fomentar una reforma jurídica y política.
- **Promuevan la seguridad de los miembros de las poblaciones clave** estableciendo lugares seguros o centros de acogida, fomentando el intercambio de consejos prácticos de seguridad, colaborando con los propietarios de burdeles e integrando la investigación sobre la violencia en los servicios clínicos y de asesoramiento sobre la prevención del VIH.
- **Den una respuesta eficaz e inmediata a las víctimas de la violencia**, por ejemplo, financiando sistemas comunitarios que respondan a las crisis, así como facilitando servicios de salud y apoyo psicosocial y jurídico a las víctimas de la violencia.³⁵

Para más información, consulte el informe técnico del Fondo Mundial sobre [VIH, derechos humanos e igualdad de género](#) y las directrices de FHI 360/LINKAGES sobre cómo [responder a la violencia aguda ejercida contra las poblaciones clave](#).

3.3.3 Capacitación comunitaria

La capacitación comunitaria es el proceso mediante el cual los miembros de las poblaciones clave reciben capacitación y apoyo para que puedan hacer frente por sí mismos a las limitaciones estructurales que se encuentran en lo que respecta a la salud, los derechos humanos y el bienestar, así como mejorar su acceso a los servicios y reducir el riesgo de que se infecten por el VIH. Es un pilar central de los programas basados en los derechos humanos y debe subyacer a todos los enfoques e intervenciones que se presentan en las solicitudes de financiamiento. Los aspectos prácticos de la capacitación comunitaria se describen a

continuación y en otras secciones del presente informe:

- **Participación significativa de los representantes de las poblaciones clave:** Véanse las secciones 2.2 y 3.4.2.
- **Fomentar la formación de grupos o redes de poblaciones clave:** Véanse las secciones 2.2 y 3.2.1.
- **Fomentar la divulgación por parte de los miembros de las poblaciones clave:** Véanse las secciones 3.2.1 y 3.4.2.
- **Promover un enfoque basado en los derechos humanos y sensible a las cuestiones de género en las intervenciones de VIH:** Véanse las secciones 2.1 y 3.3.2.
- **Fortalecimiento de los sistemas comunitarios:** Véase la sección 2.2.
- **Abogar por un cambio de políticas y por entornos favorables:** Véanse las secciones 3.3.1 y 3.3.2.
- **Sostenibilidad:** Véase la sección 2.2.

3.4 Ejecución de programas

3.4.1 Ejecución de programas en toda la cascada de prevención, pruebas y tratamiento del VIH

La provisión de servicios tiene lugar mediante una combinación de servicios comunitarios, iniciativas de difusión y en centros de salud. Los servicios y las instalaciones pueden ser públicos (gestionados por el gobierno), privados o estar administrados por organizaciones y redes dirigidas por la comunidad y poblaciones clave.

La difusión y la prestación de pruebas del VIH deben diseñarse de tal forma que se garantice que lleguen a las personas más expuestas al riesgo y de más difícil acceso. Repetir las pruebas a los miembros de las poblaciones clave más expuestos al riesgo de infección que ya participan en los programas ofrece una oportunidad única para vincularlos con los servicios de prevención, reforzar los beneficios de conocer el estado serológico de uno mismo y comenzar de forma inmediata el tratamiento si la prueba del VIH da positivo, vincular a las personas que reciban un diagnóstico seropositivo con el tratamiento antirretroviral y los servicios relacionados, y derivar a los pacientes a otros servicios de apoyo generales. Sin embargo, es igualmente importante llegar a los miembros de las poblaciones clave que no han recibido previamente servicios de prevención o que no se han sometido a pruebas del VIH, y que puede que sean seropositivos o estén expuestos a un mayor riesgo de infección. Con el incremento del número de personas que recibe tratamiento, la prevalencia por sí sola dejará de ser un buen indicador de los resultados. Por este motivo, es importante supervisar no solo las metas de cobertura de las pruebas, sino también la positividad (la proporción de personas cuyas pruebas del VIH arrojan un resultado positivo) con el objetivo de adaptar las estrategias para que lleguen al segmento más vulnerable de las poblaciones clave,^{vii} y de vincular a estas personas con servicios integrales y diferenciados de prevención, tratamiento y atención en toda la cascada del VIH.

La prevención, las pruebas y el tratamiento comunitarios son necesarios para llegar a

^{vii} En el ciclo de asignación 2020-2022 el Fondo Mundial incorpora un indicador independiente (HTS-5: Volumen y positividad de los servicios de pruebas del VIH). Para más información sobre este indicador, consulte el Manual del marco modular.

las poblaciones clave. Los centros de acogida son un lugar accesible y seguro donde prestar diversos servicios de prevención y pruebas, y contribuyen a fomentar la capacitación y la cohesión de las comunidades. Los programas deben respaldar su creación cuando sea necesario. También se pueden prestar servicios en centros "emergentes" (que rotan entre los puntos calientes), de carácter regular u ocasional, o a través de la divulgación móvil. Además del asesoramiento y las pruebas iniciadas por el proveedor, la OMS recomienda facilitar asesoramiento y pruebas del VIH comunitarios en todos los contextos epidémicos mediante proveedores no profesionales que vinculen a los usuarios con los servicios de prevención, atención y tratamiento para las poblaciones clave.²⁰ Asimismo, se deben suministrar estuches de autodiagnóstico cuando se disponga de ellos y vincular a las personas cuyas pruebas den un resultado positivo con las pruebas de confirmación.²¹ Los servicios de VIH dirigidos a miembros de poblaciones clave pueden integrarse en centros sanitarios donde se ofrece tratamiento antirretroviral, ya sea como una clínica independiente dentro de un centro de salud ya existente, o como un servicio independiente en una instalación comunitaria o móvil. Por ejemplo, la distribución de tratamiento antirretroviral puede estar en manos de iguales en los centros de salud comunitarios.

Los programas deben utilizar y analizar los datos a pequeña escala para supervisar y mejorar su alcance y seguimiento. Los agentes de divulgación inter pares pueden utilizar la microplanificación para registrar datos sobre las personas a las que llegan, con el objetivo de adaptar la extensión y la prestación de servicios, dar seguimiento a los contactos establecidos y llegar a otros nuevos. Junto con la microplanificación tradicional, debe valorarse el enfoque de divulgación entre iguales mejorado (desarrollado por programas como [FHI 360/LINKAGES](#)) para establecer contacto con poblaciones de alto riesgo a las que la divulgación tradicional no llega en los lugares de mayor prevalencia. Se debe prestar especial cuidado para proteger la confidencialidad y la seguridad de los datos. Es necesario que quienes planifican los programas sopesen los beneficios de los procedimientos para recopilar datos a nivel local o entre las bases frente a los riesgos, especialmente en aquellos lugares donde se penaliza a las poblaciones clave.

Se debe ayudar a las personas seronegativas a seguir siéndolo y a someterse a pruebas del VIH con regularidad. Los programas deben facilitar un acceso sistemático a productos de prevención, ofrecer apoyo y educación regular cuando sea necesario y promover las pruebas regulares del VIH de conformidad con las directrices nacionales. En aquellos lugares donde se ofrece profilaxis previa a la exposición, será necesario también facilitar asesoramiento sobre su uso y observancia.

Los programas deben garantizar que se vincule a las personas cuyas pruebas den un resultado positivo con el tratamiento antirretroviral lo antes posible. Esto es especialmente importante cuando es necesario derivar a quienes se someten a las pruebas en la comunidad a un centro de salud para realizar una prueba de confirmación o iniciar el tratamiento. Los orientadores pares pueden ofrecer un apoyo importante para vincular a estas personas con las pruebas y el tratamiento antirretroviral. El acceso al tratamiento puede mejorar cuando es posible iniciarlo o seguirlo en centros de salud periféricos, por ejemplo, en centros de salud comunitarios centrados en las poblaciones clave.

Los planes de servicios deben incorporar la gestión de casos de personas que viven con el VIH para maximizar la retención en la atención y la supresión viral. Es conveniente que la gestión de casos de los miembros de las poblaciones clave cuyas pruebas del VIH han

dado positivo esté en manos de las ONG u organizaciones comunitarias dirigidas por poblaciones clave con las que hayan tenido contacto previamente, en lugar de transferirlos a una organización de personas que viven con el VIH. Los orientadores pares con formación que trabajan para ONG u organizaciones comunitarias dirigidas por poblaciones clave pueden ayudar a que las personas acudan a servicios de pruebas de confirmación y tratamiento, facilitar apoyo psicosocial y mejorar la retención en el tratamiento. Incorporar a orientadores pares en los centros sanitarios de tratamiento antirretroviral financiados por el gobierno puede contribuir a reducir la estigmatización y la discriminación que sufren los miembros de las poblaciones clave que utilizan estos servicios. Las organizaciones, las redes y grupos comunitarios que facilitan este tipo de apoyo a las personas que viven con el VIH deben disponer de suficientes recursos para gestionar un número de casos manejable y de sistemas de datos que permitan realizar un seguimiento de los resultados del tratamiento y de la supresión viral.

Los sistemas de gestión deben ser rigurosos. Para ello es necesario asegurar que: la plantilla es adecuada, con una proporción correcta entre los agentes de divulgación entre pares y los miembros de las poblaciones clave; se facilita regularmente una supervisión y formación de apoyo en todos los niveles de la organización ejecutora, incluidos los agentes de divulgación; los empleados que trabajan en centros o clínicas saben cómo atender a las poblaciones clave; los miembros de las poblaciones clave que participan de forma activa en la prestación de programas reciben una remuneración justa y oportunidades para desarrollarse profesionalmente; y se cuenta con estructuras para garantizar que las organizaciones de la sociedad civil rindan cuentas no solo al programa nacional, sino también a los propios miembros de las poblaciones clave.

Posibles deficiencias programáticas: Difusión en la cascada de prevención, pruebas y tratamiento

Se recomienda a los países que elaboren solicitudes de financiamiento que tengan en cuenta las deficiencias que se enumeran a continuación para garantizar que los programas que proponen sean realmente integrales.

- No se presta la suficiente atención a los programas de prevención de calidad cuyo objetivo es que las personas que son seronegativas sigan siéndolo, por ejemplo, mediante la promoción y un suministro adecuado de productos de prevención.
- Los agentes de divulgación apenas tienen repercusión debido a una supervisión y gestión deficientes.
- No se presta suficiente atención a vincular a las personas cuyas pruebas del VIH dan positivo con los servicios de atención que necesitan, ni a apoyarlas para que observen el tratamiento antirretroviral.
- El apoyo y la gestión de casos para las personas que viven con el VIH no están lo suficientemente desarrollados.
- Cada vez se utilizan más las redes sociales para llegar a algunas poblaciones clave, si bien se carece de directrices o estándares en materia de ética, privacidad y seguridad de los datos.
- Los conflictos políticos pueden desembocar en deficiencias en los paquetes de servicios, por ejemplo, la omisión de medidas de reducción de daños para los usuarios de drogas inyectables.
- Los vínculos entre los servicios de VIH y tuberculosis no son sistemáticos.

- Existen graves deficiencias en la provisión de servicios a las personas encarceladas o en centros de detención, lo que contribuye especialmente a que quienes reciben tratamiento antirretroviral o de sustitución de opiáceos se vean obligados a interrumpirlo.
- No se presta suficiente atención a la capacitación comunitaria, a pesar de que es esencial para garantizar la sostenibilidad a largo plazo.

3.4.2 Prestación de servicios diferenciados y servicios comunitarios

La prestación de servicios diferenciados es un enfoque que respeta y se adapta a las diversas características y preferencias entre y dentro de las poblaciones clave con el objetivo de mejorar su acceso y aceptación de los servicios. Aunque las decisiones para planificar y financiar los servicios diferenciados pueden adoptarse a nivel regional y nacional, en la práctica la prestación de servicios diferenciados tiene lugar a nivel local. Por este motivo va de la mano de los servicios comunitarios y dirigidos por la comunidad.

Los servicios deben reflejar las necesidades, preferencias y expectativas de las poblaciones clave. Las diferentes poblaciones clave, o los grupos dentro de ellas, pueden necesitar servicios o espacios de provisión de los mismos independientes. Por ejemplo, no se debe agrupar a las personas transgénero en los servicios destinados a hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. De igual forma, los jóvenes que consumen drogas probablemente no se sentirán cómodos acudiendo a centros que faciliten servicios de reducción de daños para adultos. Algunas medidas que pueden ayudar a mejorar la accesibilidad son reservar determinadas horas de atención para poblaciones clave específicas o ampliar las horas de consulta. En las prisiones y otros centros de reclusión se debe disponer de los mismos servicios de prevención y tratamiento del VIH que existen en la comunidad general.^{37,38,39} Los servicios también deben adecuarse a cada edad y, cuando se dirijan a los niños, respetar el interés superior del menor y la evolución de sus facultades,⁷ así como la legislación vigente. Para más información sobre la prestación diferenciada de servicios específicos, consulte los marcos de decisión de la Sociedad Internacional del Sida sobre [servicios de pruebas del VIH](#) y [provisión de tratamiento antirretroviral para las poblaciones clave](#).^{viii}

Los servicios dirigidos por poblaciones clave son una forma efectiva de llegar a los miembros de dichas poblaciones, así como una parte importante de una plataforma de acceso en la que confíen. Los miembros de las poblaciones clave que disponen del conocimiento, las competencias y la experiencia vital necesarios para establecer un vínculo y generar confianza entre otros miembros de su población pueden facilitar intervenciones conductuales, productos que ayudan a reducir el riesgo y los daños, pruebas del VIH, tratamiento antirretroviral, derivación a otros servicios, respuestas de apoyo frente a la violencia, educación sobre derechos humanos y legales, y servicios paralegales. Esto también se aplica para las personas que están en prisión o en otros centros de reclusión. El género debe ser una consideración programática clave en lo que respecta a la prestación de servicios por y para las poblaciones clave. Para ver ejemplos de servicios dirigidos por la comunidad, consulte el Anexo 1, ejemplo E.

Los servicios que ofrecen los miembros de poblaciones clave no deben limitarse a la divulgación comunitaria. La participación de sus miembros tampoco debe ser

^{viii} Estos documentos también están disponibles en francés y portugués en <https://www.iasociety.org/HIV-Programmes/Programmes/Differentiated-Service-Delivery/Resources>.

exclusivamente voluntaria. Los programas deben facilitar capacitación sistemática, remuneración y apoyo continuo a los miembros de las poblaciones clave que ocupan puestos como empleados (incluidos los agentes de divulgación entre pares) en áreas como la prestación de servicios, el apoyo administrativo y la gestión de programas. Las políticas, los procedimientos y la formación deben cubrir aspectos como la ética, la privacidad y la seguridad de los datos de las poblaciones clave a las que se dirigen los programas, así como garantizar la seguridad de los miembros que participan en las actividades de divulgación (véase FHI 360/LINKAGES [Safety and Security Toolkit](#)).

Los programas deberán incluir mecanismos para que los miembros de las poblaciones clave supervisen y den a conocer su experiencia como receptores de los servicios. La supervisión puede cubrir la calidad de la prestación de servicios, la aceptabilidad de los productos de prevención y cualquier incidente relativo a la denegación de servicios o violaciones del derecho a la confidencialidad o el consentimiento informado. A nivel local, puede adoptar la forma de [seguimiento comunitario](#), mediante el cual los comités de las comunidades se reúnen con regularidad para dialogar sobre la prestación de servicios y analizar los datos de los programas con la autoridad y los canales necesarios para trasladar sus observaciones a los administradores de los programas. Se pueden agregar los datos de múltiples centros a nivel nacional y utilizarlos como parte del ciclo de planificación de los programas. Para más información, consulte la [herramienta sobre cómo fijar metas para las poblaciones clave](#) y el manual sobre [seguimiento y vigilancia de casos de pacientes con VIH](#) de la OMS.)

3.5 Utilizar los datos para el seguimiento

Se deben establecer sistemas de seguimiento y revisión de los programas para conseguir datos sobre la cobertura del paquete integral de servicios entre las poblaciones clave, desglosados por población clave (o subgrupos dentro de las mismas), género (incluidas las personas transgénero) y edad siempre que sea posible. Esto es esencial para supervisar los avances y planificar la ampliación de los servicios. Los países deberán diseñar sistemas de notificación coordinados con indicadores acordados, que cuenten con la infraestructura, el presupuesto, la formación, la supervisión y el seguimiento necesarios para que los receptores de las subvenciones presenten sus informes de forma homogénea. Para la coordinación también es necesario tener en cuenta los requisitos de presentación de informes de los programas nacionales, el Fondo Mundial y otros posibles donantes. Los sistemas deben diseñarse de tal forma que realicen un seguimiento de las personas a lo largo de la cascada de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, incluso cuando acuden a diferentes proveedores de atención (véanse a continuación los códigos únicos de identificación). Es importante formar y supervisar a los miembros de las poblaciones clave que facilitan divulgación entre pares para que puedan utilizar los datos con el objetivo de crear microplanes de divulgación integral y mejorar y realizar un seguimiento de su propio rendimiento.

El seguimiento no solo abarca los datos programáticos o administrativos, sino también los recopilados mediante encuestas sobre conductas y serovigilancia de las poblaciones clave, así como información sobre los facilitadores esenciales. Esta información puede servir para realizar un seguimiento de los indicadores sobre el alcance y la cobertura de los programas, así como de las conductas de riesgo, las experiencias de estigmatización, discriminación y violencia, y los niveles de capacitación comunitaria.

Es necesario que los programas revisen sistemáticamente los datos, con la participación de los miembros de las poblaciones clave (por ejemplo, mediante comités de supervisión de programas) y los utilicen para mejorar sus servicios.

Seguridad de los datos, confidencialidad y consentimiento informado: Los programas deben contar con políticas y procedimientos para todos los empleados sobre la recopilación, el almacenamiento y el uso de datos que identifican a miembros de las poblaciones clave (o que se podrían utilizar para identificarlos). Los individuos deben dar su consentimiento informado para que se puedan recopilar, almacenar y utilizar sus datos personales. La información que permite identificar fácilmente a una persona no debe registrarse a no ser que sea absolutamente necesaria para facilitar la atención médica. Si este fuera el caso, se almacenará en condiciones seguras y se protegerá cuidadosamente (véase el Anexo 1, ejemplo F). Las actividades de recopilación de datos (incluida la información estratégica y la prestación de servicios) debe realizarse de manera que no sea motivo de detenciones y acusaciones, acoso y violencia, ni agrave la discriminación y la estigmatización de las poblaciones clave.

Códigos únicos de identificación (CUI): Un CUI es un código que cada persona puede utilizar cuando accede a servicios de diferentes proveedores o regiones geográficas. El CUI se construye utilizando datos específicos de cada individuo (como nombre, género, fecha o lugar de nacimiento) codificados alfanuméricamente para que no se pueda descifrar fácilmente su identidad. De esta forma se garantiza el anonimato y la confidencialidad de la persona y de sus datos.

Los CUI ayudan a evitar que se duplique el número notificado de personas que han recibido servicios del VIH porque permiten a los programas realizar un seguimiento preciso de cada individuo que recibe un servicio, en lugar de contabilizar el número de ocasiones en las que se ofrece dicho servicio. Resulta de gran utilidad cuando la misma persona acude a múltiples proveedores. Para recibir determinados servicios médicos, como el tratamiento antirretroviral, en ocasiones se necesita presentar un número de identificación o de seguro médico nacional. Si este es el caso, será necesario explicárselo al usuario y aplicar en todo momento las normas de confidencialidad habituales.

Los países deben adoptar paulatinamente un sistema unificado de CUI para todas las poblaciones clave. Cuando el CUI incluya información sobre el género, los países deberán valorar la opción de utilizar una opción no binaria para tener en cuenta a las personas transgénero, lo que puede servir para desglosar los datos de seguimiento de los beneficiarios de servicios transgénero. Es necesario que los programas nacionales incluyan a los reclusos en el sistema de CUI, puesto que muchos están cumpliendo condenas breves y posiblemente recurran a los servicios comunitarios una vez sean liberados.

Registro de datos: Siempre que sea posible, los datos se registrarán electrónicamente en lugar de en papel. Los registros electrónicos contribuyen a no duplicar los datos introducidos y son más seguros (los registros en papel son fáciles de perder y más accesibles para personas que no cuentan con autorización para verlos.) Es necesario realizar copias de seguridad de los datos almacenados en línea y protegerlos con una contraseña, así como anonimizarlos en la medida de lo posible. La seguridad y confidencialidad de la información es primordial en cualquier formato, ya sea papel o electrónico.

Uso de los datos: Los programas deberán también facilitar formación y apoyo a las

organizaciones beneficiarias para que sepan cómo visualizar, analizar y utilizar los datos rutinarios con el objetivo de mejorar el desempeño a nivel local y de forma regular. Para ello se necesitan definiciones claras del alcance y la cobertura de los servicios,^{ix} así como datos desglosados por población clave, género y edad (para el tratamiento y la prevención) a fin de construir diferentes niveles de servicio. Los datos deben notificarse a nivel regional y nacional. Los datos de los programas financiados por los donantes deben introducirse en los sistemas nacionales para ofrecer una visión global de la programación. Véase el Anexo 1, ejemplo G.

Posibles deficiencias programáticas: Seguimiento

Se recomienda a los países que elaboren solicitudes de financiamiento que tengan en cuenta las deficiencias que se enumeran a continuación para garantizar que los programas que proponen sean realmente integrales.

- No existen indicadores definidos y ninguna autoridad se hace responsable del programa a nivel nacional.
- Los datos de los programas no se revisan de forma rutinaria en todos los niveles con las entidades ejecutoras, la comunidad y el gobierno para resolver las deficiencias y mejorar los programas.
- Los datos de cobertura programática suelen ser poco precisos y no permiten realizar un desglose claro de la cobertura de los servicios por población clave, especialmente por género. Los datos sobre los reclusos son especialmente escasos.
- En raras ocasiones se registra adecuadamente la cobertura de un paquete definido de servicios.
- La recopilación e introducción de datos suelen ser poco eficientes, y los formularios en papel provocan duplicidades al introducir la información.
- La seguridad de los datos suele ser deficiente y puede poner en peligro a los miembros de las poblaciones clave.
- No suelen analizarse los datos a nivel local para mejorar los programas.

^{ix} Hace referencia al número total de individuos contactados. La cobertura es el número de personas que han recibido un servicio específico o un paquete definido de servicios.

Anexo 1. Ejemplos de enfoques y programas

Estos ejemplos se han extraído de la evaluación de programas para poblaciones clave en 65 países que el Fondo Mundial encargó para analizar cómo se diseñan, prestan y supervisan los paquetes de servicios del VIH durante el periodo de asignación 2017-2019. Su finalidad es mostrar cómo han abordado los programas algunos de los retos que se presentan al diseñar y aplicar intervenciones integrales.

A. Financiamiento sostenible

La **contratación social** consiste en el uso de los recursos del gobierno para financiar organizaciones de la sociedad civil con el fin de que presten servicios que son responsabilidad del gobierno. Algunos países, como Brasil, India y Papúa Nueva Guinea, cuentan desde hace tiempo con mecanismos para contratar a las ONG en sus sistemas de salud. Otros países que han adoptado medidas para crear oportunidades de contratación social en el ámbito del VIH son Belarús, China, Croacia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Guyana, Kazajstán, la República de Kirguistán y Ucrania.

ONG financiadas mediante seguros de salud: Love Yourself, una ONG de Manila, ofrece servicios de prevención y atención para el VIH, las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis destinados a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Está acreditada por la agencia de seguros de salud de Filipinas y recibe una asignación anual por cada persona seropositiva que figura en su registro, que destina a facilitar diversos servicios de salud y bienestar. Love Yourself está financiada parcialmente por una asignación del Fondo Mundial, pero probablemente pasará a estar totalmente financiada por el seguro de salud a medio plazo.

B. Liderazgo y participación comunitaria

En Madagascar se está aplicando como estrategia para abordar los facilitadores esenciales el uso de comités provinciales, de condados o de barrios, cuya finalidad es orientar los programas destinados a las poblaciones clave locales. Cada región de Madagascar cuenta con un grupo de trabajo regional que es responsable de mejorar la coordinación a nivel local. En la ciudad de Mahajanga, el grupo de trabajo reúne al jefe de la región, el director regional de salud, y otros profesionales sanitarios, ONG y representantes de las poblaciones clave para dialogar sobre cuestiones relacionadas con las poblaciones clave.

En Kenya, los grupos de trabajo técnico sobre poblaciones clave en los condados reúnen regularmente a entidades ejecutoras, representantes de los gobiernos de los condados, jefes locales y líderes comunitarios. Así resulta más sencillo prestar los servicios y se ha reducido el rechazo de la comunidad y la injerencia de las fuerzas del orden durante las actividades de divulgación.

C. Especificar los niveles de prestación de servicios

El Plan nacional del VIH para trabajadores del sexo de Sudáfrica (2016) cuenta con tres niveles de prestación de servicios: 1) divulgación entre pares como columna vertebral de la respuesta; 2) centros de salud especializados en áreas con gran densidad de trabajadores

del sexo (más de 3000 por distrito); 3) servicios móviles en áreas de poca densidad (menos de 3000 por distrito) prestados en puntos calientes con el apoyo de equipos de divulgación.

La Estrategia Nacional sobre ITS y VIH de Papúa Nueva Guinea incluye paquetes de servicios "esenciales" y "mejorados" para poblaciones clave, especifica qué provincias recibirán cada paquete (basándose en la morbilidad del VIH) y cómo se integrarán la creación de la demanda y el seguimiento comunitario en programas de salud comunitaria más amplios en las provincias con menor morbilidad.

D. Servicios de salud mental para poblaciones clave

En los países que carezcan de servicios de salud mental adecuados para la población general, los programas de VIH deben facilitar a las poblaciones clave intervenciones rentables y basadas en pruebas. La depresión y la ansiedad son comunes entre las poblaciones clave, y tratarlas de forma adecuada puede mejorar los resultados relacionados con el VIH.^{40,41} La psicoterapia grupal con personas seropositivas en el norte de Uganda ha contribuido a mejorar resultados como la observancia del tratamiento, que en último término ayuda a reducir la estigmatización que sufren las personas que viven con el VIH.

En aquellos lugares donde los servicios profesionales de salud mental no estén debidamente establecidos, estas intervenciones pueden facilitarlas personas no profesionales formadas a este fin. En Kenya se facilita psicoterapia interpersonal a mujeres que viven con el VIH, mediante 10-12 sesiones celebradas semanalmente, con la finalidad de abordar problemas interpersonales como la depresión y de ayudar a las participantes a desarrollar competencias sociales y conseguir apoyo social. Quienes recibieron formación para ofrecer esta terapia no tuvieron que cumplir ningún requisito previo en cuanto a educación ni experiencia.⁴³

E. Modelos de servicios de pruebas apoyados y dirigidos por la comunidad

En la República Dominicana, Indonesia y Perú, los miembros de poblaciones clave que han recibido formación a este fin acompañan a empleados públicos para ofrecer servicios de pruebas del VIH en la comunidad o en los centros de salud públicos con el objetivo de facilitar asesoramiento tanto antes como después de las pruebas. En algunos modelos, las ONG y las organizaciones comunitarias reciben financiamiento para que envíen empleados de divulgación a los centros de salud públicos o privados con el fin de que ofrezcan asesoramiento y apoyo a la observancia (por ejemplo, en Guyana, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, Sudáfrica y Tailandia).

El programa Competent Clinics que Anova está llevando a cabo en Sudáfrica facilita formación y orientación a los centros de salud públicos sobre cómo facilitar servicios a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, especialmente en zonas rurales donde es menos probable que llegue la divulgación facilitada por la ONG. Como parte de esta iniciativa, todos los empleados de los centros reciben formación y orientación durante un periodo de tiempo para que el centro reciba la certificación de "MSM Competent Clinic".

En varios países (como India, Indonesia, Kenya, Filipinas y Sudáfrica) diversas ONG dirigidas por poblaciones clave que cuentan con una amplia experiencia gestionan sus propios centros sanitarios donde ofrecen toda clase de servicios del VIH, infecciones de transmisión sexual y tuberculosis, desde la prevención a la atención.

F. Gestión y seguridad de los datos

Alliance for Public Health utiliza en Ucrania un software de código abierto (SyrEx) para registrar y supervisar la información sobre los pacientes cubiertos y los servicios facilitados en programas comunitarios. Permite a los asociados responsables de ejecutar los proyectos registrar individualmente a los pacientes mediante un código único de identificación acordado, así como registrar los productos y servicios que se facilitan y otras iniciativas clave como la formación.

En Sudáfrica, donde se exige que las personas que se someten a una prueba del VIH firmen un formulario de consentimiento, los formularios que los pacientes firman en instalaciones comunitarias se sellan en sobres antes de trasladarlos a la oficina. Dichos formularios y otros datos identificativos se guardan bajo llave y solo pueden acceder a ellos los empleados autorizados con fines de seguimiento y evaluación.

G. Utilizar los datos para mejorar el desempeño

En Georgia, una nueva base de datos sobre la prevención permitirá introducir datos en tiempo real cuando los miembros de las poblaciones clave se registren en los servicios de prevención del VIH y se les asigne un código único de identificación (CUI). Dicha base de datos podrá vincular esta información con los datos médicos disponibles en las bases de datos nacionales sobre el tratamiento antirretroviral, la hepatitis C, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual para los servicios facilitados a los miembros seropositivos de las poblaciones clave. Al descargar estos datos médicos a la base de datos sobre prevención, automáticamente se eliminará la información identificativa del paciente para preservar su anonimato. Esta nueva base de datos permitirá construir cascadas de servicios completas para las poblaciones clave, incluida la supresión de la carga vírica. Al vincular los datos de CUI con los datos médicos sobre el VIH, también permitirá a los responsables de la planificación comprobar si los miembros de las poblaciones clave a los que se ha diagnosticado el VIH están recibiendo los servicios que necesitan.

El Sudáfrica, el Receptor Principal del Fondo Mundial para programas de trabajadores del sexo, NACOSA, ha diseñado dos plataformas en línea cuya finalidad es ayudar a las organizaciones subreceptoras a gestionar y utilizar los datos para la toma de decisiones. Los subreceptores utilizan Orbit, un sistema basado en la nube, para introducir datos extraídos de los formularios de divulgación y datos sobre las pruebas del VIH, la derivación y la participación en las reuniones. NACOSA forma a los subreceptores sobre cómo extraer datos básicos para cubrir sus necesidades de información y planificación y celebra reuniones trimestrales para que los subreceptores revisen los gráficos y datos extraídos de Orbit y determinen cómo mejorar los programas. NACOSA también está desarrollando ZENESIS, una plataforma analítica que permitirá a los subreceptores analizar los datos para la toma de decisiones estratégicas.

Anexo 2. Redes y grupos de poblaciones clave

Los sitios web de estas organizaciones publican información, recursos y contactos que pueden ser útiles para planificar y ejecutar los programas.

Redes mundiales

- **Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP):** www.nswp.org
- **MPACT: Global Action for Gay Men's Health and Rights** (anteriormente conocida como MSMGF) – www.mpactglobal.org
- **IRGT: Una red global de TRANS mujeres y el VIH:** transglobalactivism.org
- **GATE** (identidad de género, expresión de género y diversidad corporal): transactivists.org
- **Red Internacional de Personas que Consumen Drogas (INPUD):** www.inpud.net
- **International Network of Women who Use Drugs (INWUD):** www.idpc.net/profile/inwud
- **Youth RISE** (jóvenes que consumen drogas): www.youthrise.org
- **Red mundial de personas que viven con el VIH (GNP+):** www.gnpplus.net
- **Coalición internacional de preparación para el tratamiento (ITPC):** itpcglobal.org

Redes regionales

África y Oriente Medio

- **African Sex Workers Alliance (ASWA):** aswaalliance.org
- **African Men for Sexual Health and Rights (AMSHer):** www.amsher.org
- **Middle East and North Africa Network of People who Use Drugs (MENANPUD):** www.menahra.org/en/about-menanpud
- **M-Coalition** (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el mundo árabe): www.m-coalition.org

Asia y el Pacífico

- **Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW):** apnsw.info
- **Asia-Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM)** (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero): www.apcom.org
- **Red Asiática de Personas que Consumen Drogas (ANPUD):** www.anpud.org
- **Youth Voices Count (YVC)** (hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero): https://twitter.com/yvc_official?lang=en
- **Youth LEAD** (jóvenes de poblaciones clave que viven con el VIH o están expuestos al riesgo de infectarse por el VIH): www.youth-lead.org

Europa oriental y Asia central

- **Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN):** www.swannet.org
- **Eurasian Coalition on Male Health (ECOM)** (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero): www.ecom.ngo
- **South Caucasus Network on HIV** (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero): https://eecaplatform.org/en/partner_assoc/the-south-caucasus-network-on-hiv-aids-scn/
- **Red Euroasiática de Personas que Consumen Drogas (ENPUD):** <https://idpc.net/profile/eurasian-network-of-people-who-use-drugs>

Europa

- **International Committee for the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE):** www.sexworkeurope.org
- **Red Europea de Personas que Consumen Drogas (EuroNPUD):**

<https://www.euronpud.net/home2>

América Latina y el Caribe

- **Plataforma latinoamericana de personas que ejercen trabajo sexual (PLAPERTS):** <https://plaperts.nswp.org/>
- **Caribbean Sex Workers Coalition (CSWC):** <https://www.nswp.org/featured/caribbean-sex-work-coalition>
- **Red Latinoamericana de Personas que Consumen Drogas (LANPUD):** www.lanpud.blogspot.co.uk
- **Caribbean Vulnerable Communities Coalition (CVC)** (poblaciones clave): www.cvccoalition.org

Anexo 3. Documentos clave

Fondo Mundial^x

[Nota informativa sobre el VIH](#) (Fondo Mundial, 2019)

[Addressing gender equity](#) (Fondo Mundial, 2019)

Fortalecimiento de los sistemas comunitarios: informe técnico (Fondo Mundial, 2019)

[VIH, derechos humanos e igualdad de género: informe técnico](#) (Fondo Mundial, 2017)

[Abordar las desigualdades de género y fortalecer las respuestas para las mujeres y las niñas: nota informativa](#) (Fondo Mundial, 2014)

[Construir sistemas para la salud resilientes y sostenibles \(SSRS\): nota informativa](#) (Fondo Mundial, 2017)

[Maximizar la repercusión fortaleciendo los sistemas y respuestas comunitarios: informe técnico](#) (Fondo Mundial, 2016)

[Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial](#) (Fondo Mundial, 2016)

[Reducción de daños para consumidores de drogas: informe técnico](#) (Fondo Mundial, 2017)

[Global Fund support for co-infections and co-morbidities: board decision](#) (Fondo Mundial, 2015)

Políticas globales

[Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020](#) (Coalición global para la prevención del VIH, 2017)

^x Muchos de los enlaces remiten a la versión en inglés de las publicaciones del Fondo Mundial, pero algunas están disponibles en otros idiomas en <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/applying/resources>.

[Miles to go: global AIDS update 2018](#) (ONUSIDA, 2018)

General:

[Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, actualización de 2016](#) (OMS, 2016)

[HIV and young people who sell sex: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young men who have sex with men: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young transgender people: technical brief](#) (OMS, 2015)

[HIV and young people who sell sex: technical brief](#) (OMS, 2015)

Información estratégica y seguimiento de programas

[Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV](#) (ONUSIDA, OMS, 2010)

[Directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH](#) (Grupo de trabajo mundial sobre información estratégica en materia de VIH, 2017)

[Programmatic mapping readiness assessment for use with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017)

[Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in the Health Sector](#) (OMS, 2015)

[Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#) (OMS, 2015)

[Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance](#) (OMS, 2017)

[Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care, and treatment programs](#) (FHI 360/LINKAGES, 2016)

[Unique identifier codes: guidelines for use with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2016)

[Monitoreo Global del Sida 2019: Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016](#) (ONUSIDA, 2018)

Diseño, ejecución y gestión de programas

[Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas](#) (OMS, 2013), conocido de forma informal como SWIT

[Implementando programas exhaustivos de VIH y otras ITS para hombres que tienen sexo con hombres: guía práctica para intervenciones colaborativas](#) (UNFPA, 2015), MSMIT

[Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero: guía práctica para las intervenciones de colaboración](#) (UNDP, 2016), TRANSIT

[Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions](#) (UNODC, 2017), IDUIT

[Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#) (OMS, 2016)

[Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for HIV testing services](#) (Sociedad Internacional del Sida, 2018)

[Differentiated service delivery for HIV: a decision framework for antiretroviral therapy delivery for key populations](#) (Sociedad Internacional del Sida, 2018)

[Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, revisión 2010 – 2013](#) (OMS, ONUSIDA, UNFPA, FHI 360, 2013)

[Female condom: generic specification, prequalification and guidelines for procurement, 2012](#) (OMS, ONUSIDA, UNFPA, FHI 360, 2013)

[WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – revisión de 2012](#) (OMS, UNODC, ONUSIDA, 2012)

[Harm reduction and brief interventions for ATS users](#) (OMS, 2011)

[Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones](#) (UNODC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA, 2013)

[Peer navigation guide for key populations: implementation guide](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017)

LINKAGES enhanced peer outreach approach: [implementation guide](#), [addendum](#), y [training curriculum](#) (FHI 360/LINKAGES, 2017, 2019), también disponibles en francés y portugués [aquí](#)

Facilitadores esenciales

[Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses](#) (ONUSIDA, 2012)

[Riesgos, derechos y salud: informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho](#) (PNUD, 2012)

[ONUSIDA Instrumento de diagnóstico de género — Hacia una respuesta al VIH transformadora de las relaciones entre géneros](#) (ONUSIDA; 2019)

[When situations go from bad to worse: guidance for international and regional actors responding to acute violence against key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2018)

[Safety and security toolkit: strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations](#) (FHI 360/LINKAGES, 2018)

Anexo 4. Glosario de términos

Este informe técnico utiliza terminología y definiciones adaptadas de las [Orientaciones terminológicas del ONUSIDA](#) (2015), a menos que se indique lo contrario.

La **identidad de género** hace referencia a la experiencia interna e individual que cada persona siente profundamente con respecto al género, que puede o no corresponderse con

el sexo biológico. Incluye tanto el sentimiento que la persona experimenta con respecto a su cuerpo (que puede incluir, si así se decidiera libremente, la modificación de la apariencia o las funciones físicas a través de intervenciones médicas, quirúrgicas u otros medios) como cualquier otra expresión del género, como la vestimenta, la forma de hablar, o los gestos.

Las organizaciones y redes dirigidas por poblaciones clave están lideradas por personas que viven con el VIH, trabajadores del sexo de cualquier sexo y género, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas y personas transgénero. Las poblaciones clave comparten experiencias de estigmatización, discriminación, penalización y violencia, y soportan una carga de morbilidad del VIH desproporcionada en todas las partes del mundo. Asimismo, las organizaciones y redes dirigidas por poblaciones clave son entidades cuya dirección, liderazgo, empleados, portavoces, miembros y voluntarios reflejan y representan las experiencias, perspectivas y voces de sus sectores constituyentes. Estas entidades y su experiencia están ancladas en sus vivencias, que son las que determinan las prioridades. Hablan por sí mismas y son una parte intrínseca de la respuesta mundial al VIH. Esta definición de poblaciones clave no pretende excluir ninguna otra forma en que las personas se describan a sí mismas, por ejemplo, en relación con su orientación sexual, género e identidad de género.

El término **hombres que tienen relaciones sexuales con hombres** describe a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente de si tienen o no también relaciones sexuales con mujeres o de si, a nivel particular o social, tienen una identidad homosexual o bisexual. También incluye a los hombres que se autodefinen como heterosexuales, pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Por **consumidores de drogas** se entiende aquellas personas que usan drogas psicoactivas no autorizadas desde el punto de vista médico, por ejemplo, drogas que son ilegales, sometidas a fiscalización o a prescripción. Se incluyen aquí tanto las drogas inyectadas como las administradas por otras vías. (Para más información, consulte [INPUD Consensus Statement on Drug Use under Prohibition: Human Rights, Health and the Law](#) [2015].)

Por **prisiones y otros entornos de reclusión** se entiende los centros de detención que acogen a personas en espera de juicio, que han sido condenadas o que están sujetas a otras condiciones de seguridad. Estos entornos pueden variar en algunos territorios y pueden incluir cárceles, prisiones, centros de detención policial, centros de detención de menores, centros de detención preventiva/a la espera de juicio, campos de trabajos forzados y penitenciarías. Aunque en el término no se incluyen formalmente los detenidos por motivos relacionados con la inmigración o la condición de refugiado, a los detenidos sin cargos y a los condenados a centros de tratamiento y rehabilitación obligatorios se les aplican las mismas consideraciones en relación con el VIH.

El término **orientación sexual** se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo (heterosexual), de su mismo género (homosexual) o de más de un género (bisexual), así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Los **trabajadores del sexo** son personas adultas y jóvenes (mayores de 18 años) de ambos sexos y transgénero que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea con regularidad u ocasionalmente. El trabajo sexual podrá variar en función del grado en el que sea "formal" u organizado. El trabajo sexual es sexo consentido entre adultos, que adopta numerosas formas y que difiere entre países y comunidades, así como dentro de ellos. (Para

más información, véase [UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work](#) [2012].)

Transgénero es un término general que describe a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajustan a las normas y expectativas que se asocian tradicionalmente con su sexo biológico. Son transgénero las personas que se han sometido a una intervención quirúrgica para cambiar de sexo, las personas que se han sometido a intervenciones médicas no quirúrgicas relacionadas con el género (por ejemplo, terapia hormonal) y las personas que se declaran sin género, con múltiples géneros o géneros alternativos. Las personas transgénero pueden definirse utilizando uno o más términos.

El término **jóvenes de las poblaciones clave** se refiere a las personas de entre 10 y 24 años que pertenecen a las poblaciones clave, como quienes que viven con el VIH, homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, jóvenes que se inyectan drogas y jóvenes (mayores de 18 años) que comercian con sexo.

Referencias

-
- ¹ [Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030](#). Naciones Unidas, 2016.
 - ² [90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida](#). ONUSIDA, 2014.
 - ³ [Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020](#). Coalición global para la prevención del VIH, 2017.
 - ⁴ [Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias](#). Fondo Mundial, 2016.
 - ⁵ Nota informativa sobre el VIH. Fondo Mundial, 2019.
 - ⁶ [Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, actualización de 2016](#). OMS, 2016.
 - ⁷ [Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño](#), Artículos 3 y 5. U.N. Doc. A/Res/44/25. Naciones Unidas, 1989.
 - ⁸ [Declaración política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA](#). Naciones Unidas, 2011.
 - ⁹ [Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses](#). ONUSIDA, 2012.
 - ¹⁰ Seale A, Bains A, Avrett S. [Partnership, sex, and marginalization: moving the Global Fund sexual orientation and gender identities agenda](#). *Health and Human Rights Journal*. 2013;12(1).
 - ¹¹ [Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH](#). OMS, 2017.
 - ¹² [Rapid assessment and response: adaptation guide on HIV and men who have sex with men](#). OMS, 2004.
 - ¹³ [Rapid assessment and response: adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). OMS, 2004.
 - ¹⁴ [Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado](#). UNFPA, OMS, ONUSIDA, 2015.
 - ¹⁵ [Community management of opioid overdose](#). OMS, 2014.
 - ¹⁶ [Systematic literature review on HIV and stimulant drugs use \(A\). Part 2/5: ATS and HIV risk and transmission](#). UNODC, 2017.
 - ¹⁷ [Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH](#). OMS, 2015.
 - ¹⁸ [La OMS recomienda que los prestadores no profesionales realicen pruebas del VIH](#). OMS, 2015.
 - ¹⁹ [Guidelines on HIV self-testing and partner notification](#). OMS, 2016.
 - ²⁰ [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection](#). OMS, 2016.
 - ²¹ [Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection](#). OMS, 2015.
 - ²² [Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection](#). OMS, 2016.
 - ²³ [Guidelines on hepatitis B and C testing](#). OMS, 2016.
 - ²⁴ [Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: Guías para programas nacionales y otros interesados directos](#). OMS, 2012.
 - ²⁵ [mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0](#). OMS, 2016.
 - ²⁶ [El Plan Mundial para Detener la Tuberculosis: Cambio de paradigma 2016-2020](#). Alianza Alto a la Tuberculosis, 2015.
 - ²⁷ [Key populations brief: people living with HIV](#). Alianza Alto a la Tuberculosis, n.d.
 - ²⁸ [Guidelines on the treatment of chlamydia, gonorrhoea and syphilis](#). OMS, 2016.
 - ²⁹ [Updates on HIV and infant feeding](#). OMS, 2016.

-
- ³⁰ [Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#). OMS, 2014.
- ³¹ [Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres: Nota de orientación de la OMS](#). OMS, 2013.
- ³² [Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres \(HSH\) en América Latina y el Caribe](#), Sección 4.5. Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- ³³ [Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas](#). OMS, 2013.
- ³⁴ [Global Commission on HIV and the Law: Risks, rights and health](#). PNUD, 2012.
- ³⁵ [Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos](#). A/HRC/19/41. Naciones Unidas, 2011.
- ³⁶ [Declaración conjunta: Centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas](#). Naciones Unidas, 2012.
- ³⁷ [Effectiveness of interventions to address HIV in prisons](#). OMS, 2007.
- ³⁸ [A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings](#). UNODC, 2014.
- ³⁹ [Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario](#). UNODC, 2008.
- ⁴⁰ Katz IT, Tsai AC. [Psychological therapy to improve HIV care and reduce stigma](#). *Lancet HIV*. 2015;2(5):e172-173.
- ⁴¹ Onu C, Onger L, Bukisi E, et al. [Interpersonal psychotherapy for depression and posttraumatic stress disorder among HIV-positive women in Kisumu, Kenya: study protocol for a randomized controlled trial](#). *Trials*. 2016;17:64.