CONTRIBUCIÓN DEL UNFPA A LA PROGRAMACIÓN DEL VIH EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

ASPECTOS DESTACADOS Y LECCIONES APRENDIDAS EN EL TERRENO

UNFPA HIV ISSUE BRIEF
Diciembre 2022

RECONOCIMIENTOS

Queremos dar un sincero agradecimiento a todas las personas colegas y entidades socias del UNFPA por su aportación y por la información que han compartido. Agradecemos especialmente a las oficinas del UNFPA en la región por su tiempo y colaboración. Reconocemos a Petrina Lee Poy, consultora independiente quien tuvo el desafío de sistematizar y redactar este informe. Esta documentación se llevó a cabo bajo la dirección de Alma Virginia Camacho Hübner, asesora regional de Salud Sexual y Reproductiva de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (ALC) del UNFPA, quien, en colaboración con Sol East, UNV en Salud Sexual y Reproductiva y VIH para UNFPA LACRO, dirigieron los esfuerzos de coordinación, hicieron aportaciones técnicas para la elaboración de este documento, facilitaron los intercambios con las principales partes interesadas y apoyaron el proceso en todo momento. También agradecemos las recomendaciones de la jefa de nuestro equipo de Salud Sexual, de la División Técnica del UNFPA, Bidia Deperthes, y de nuestra coordinadora mundial de la Subdivisión de Salud Sexual y Reproductiva de VIH/sida, Elizabeth Benomar. Agradecemos sinceramente a todo el personal de las oficinas nacionales de la región de ALC que han compartido su tiempo, experiencia y conocimientos para hacer posible este estudio: Juan Meré, José Luis Wilches, Celeste Leonardi, Patricia Aguilar, Dulce Chahin, Livia Quintanallanio, Eugenia Sekler, Daniela Alvarado, Evelyn Duran Porras, Nahomy Antoine, Denise Chevannes-Vogel, Adler Bynoe, Caio Olivera y Carmen Murguia.

SITUACIÓN

2,2 En 2021 MILLONES
de personas vivían con VIH en América Latina

330,000 MIL
en el Caribe

Lo que equivale a una prevalencia del 0,5 % y el 1,2 %, respectivamente1[1]. América Latina ha avanzado poco en la reducción de las nuevas infecciones por VIH en la región desde el año 2000, con un aumento del 5 % entre 2010 y 2021. Además, el Caribe sigue teniendo la mayor prevalencia después del África Subsahariana. Los países de la región siguen luchando contra barreras políticas, culturales, sociales y programáticas para eliminar las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el sida y la discriminación.

El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) en asocio con ONUSIDA aúnan esfuerzos para la eliminación del sida para el 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Así, el UNFPA trabaja en la región y a nivel de país apoyando iniciativas que promueven la integración de las respuestas al VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva, centrándose en la prevención de la transmisión sexual del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Sin duda, la pandemia por COVID-19 causó estragos en una amplia gama de decisiones sanitarias, económicas, sociales y personales. En ese contexto, las consideraciones sobre el impacto específico que la pandemia tuvo sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas no fueron una prioridad en la mayoría de los países.

1 UNAIDS epidemiological estimates, 2022 (https://aidsinfo.unaids.org/)

Este informe presenta un amplio abanico de experiencias nacionales centradas en la incidencia y la prevención del VIH. Las experiencias seleccionadas destacan importantes áreas técnicas y demuestran aspectos que las convierten en prácticas prometedoras, capaces de estimular el desarrollo de nuevos enfoques y de añadir valor a las iniciativas que ya están en marcha. Describe las actividades de programación en VIH en 10 países de la región(Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela):

- Programación integral de condones femeninos en Costa Rica.
- Educación integral en la sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en Cuba, y en Venezuela.
- Integración de los servicios de VIH con la atención prenatal en República Dominicana.
- Una campaña de comunicación de gran impacto a través de las redes sociales sobre el estigma y la discriminación de las personas con VIH en Perú.
- Respuestas humanitarias vinculadas a la pandemia de COVID-19 para personas con VIH y personas LGBT en Argentina y Uruguay.
- Intervenciones comunitarias para llegar a las poblaciones más dejadas atrás en Brasil y Guyana.
- El desarrollo y la promulgación de leyes y reglamentos para proteger los derechos de las personas con VIH en Paraguay.

Las intervenciones antes nombradas demuestran que la lucha contra el VIH y sida requieren de enfoques multidimensionales. A continuación presentamos las experiencias y dimensiones abordadas en cada una de las prácticas prometedoras.

ÍNDICE

1.	**Siglas y abreviaturas**	**6**
2.	**Introducción y propósito**	**7**
3.	**Metodología**	**10**
4.	**Aspectos destacados**	**11**
4.1	Argentina: Respuesta liderada por la comunidad en la época de COVID-19	**11**
4.2	Brasil: Cómo el compromiso significativo de la comunidad marca la diferencia	**15**
4.3	Costa Rica: El condón femenino: un método de protección eficaz para mujeres y adolescentes	**22**
4.4	Cuba: Coordinación de las estrategias de prevención del VIH y las ITS centrándose en adolescentes y jóvenes	**27**
4.5	República Dominicana: Servicios integrales de calidad en materia de SSR y VIH para mujeres embarazadas	**33**
4.6	Guyana: La prestación de servicios de prevención combinada del VIH con especial atención a las poblaciones más vulnerables y de riesgo	**38**
4.7	Paraguay: Empoderamiento de las personas con VIH a través de cambios en las leyes	**42**
4.8	Perú: Campaña de redes sociales #NoDaRisa	**45**
4.9	Uruguay: Programa “Tocó Quedarse”	**49**
4.10	Venezuela: Atención integral y diferenciada (servicios adaptados a la juventud) para adolescentes, incluidas la prevención y el diagnóstico de la infección por VIH	**54**
5	**Conclusión**	**60**
6	**Referencia**	**63**

01. SIGLAS Y ABREVIATURAS

TARV:	Terapia antirretroviral
ARV:	Antirretroviral
VG:	Violencia de género
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana
PC:	Población clave
ALC:	América Latina y el Caribe
LACRO:	Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNFPA
LGBT:	Lesbiana, gay, bisexual y transgénero
LNOB:	Leave no one behind (no dejar a nadie atrás)
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres
ONG:	Organización no gubernamental
SSR:	Salud sexual y reproductiva
DSDR:	Derechos sexuales y derechos reproductivos
ITS:	infecciones de transmisión sexual
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS:	Organización Mundial de la Salud

02. INTRODUCCIÓN

La población de América Latina y el Caribe es actualmente de 659 millones de personas[2]. Compuesta en su mayoría por países de ingresos medios, la región es la más desigual del mundo. Los grupos más olvidados, como las mujeres de bajos ingresos, adolescentes y jóvenes, personas indígenas, personas afrodescendientes, personas con discapacidad, personas refugiadas y migrantes, personas desplazadas internamente, poblaciones rurales y personas de diversa identidad de género u orientación sexual, están rezagados en la mayoría de los indicadores.

La pandemia de COVID-19 ha causado estragos en una amplia gama de decisiones de salud, económicas, sociales y personales. Sin embargo, lo que se ha perdido en el caos entre otros efectos y peligros es el impacto específico sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

La pandemia golpeó a América Latina y el Caribe en un momento de bajo crecimiento, marcada desigualdad y vulnerabilidad, aumento de la pobreza, debilitamiento de la cohesión social y crecientes expresiones de descontento social. La Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CEPAL) registró que el producto interno bruto regional disminuyó un 7,7 % en 2020, lo que supuso un aumento sin precedentes de los niveles de pobreza y pobreza extrema (33,7 % y 12,5 %, respectivamente). Para 2021, esta misma institución concluyó que el repunte previsto en el crecimiento del PIB del 6,2 % era insuficiente para restaurar la producción a sus niveles de 2019[3]. En 2021, 2,2 millones de personas vivían con VIH en América Latina y 330 000 en el Caribe, lo que equivale a una prevalencia del 0,5 % y el 1,2 %, respectivamente[4]. América Latina ha avanzado poco en la reducción de las nuevas infecciones por VIH en la región desde el año 2000, con un aumento del 5 % entre 2010 y 2021. Entre las personas que vivían con VIH en 2021, el 82 % conocía su estado serológico, el 69 % accedía al tratamiento (el 85 % de quienes conocían su estado serológico) y el 63 % tenía supresión viral (el 91 % de quienes estaban en tratamiento)[5]. ***De las 110 000 nuevas infecciones por VIH estimadas para 2021, el 92 % se produjeron entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales, siendo los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) los más afectados, lo que indica que los programas de lucha contra el VIH no están cerrando las brechas***

2 Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025 (DP/FPA/2021/8)

3 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (LC/CRPD.4/3), Santiago, 2022.

4 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe (LC/CRPD.4/3), Santiago, 2022

5 EN PELIGRO: ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2022 Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2022.

restantes entre las poblaciones de mayor riesgo. El Caribe tiene la mayor prevalencia de VIH que cualquier otra región fuera del África Subsahariana, pero la región ha hecho importantes avances en su respuesta al VIH. El número de nuevas personas infectadas por el VIH en 2021 (14 000) fue un 28 % menor que en 2010, y las muertes relacionadas con el sida (5700 en 2021) han disminuido un 50 %. Las nuevas infecciones por VIH entre las infancias se redujeron en un 47 % entre 2010 y 2021[6].

En la región de ALC, las nuevas infecciones se concentran en jóvenes de las poblaciones clave[7]. Estos países siguen luchando contra obstáculos políticos, culturales, sociales y programáticos para eliminar las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida y la discriminación. Siguen existiendo retos clave como la estigmatización y la discriminación, el acceso a los servicios y la protección de los derechos humanos. Los hombres homosexuales, los HSH y las personas trabajadoras sexuales se encuentran entre las poblaciones clave más vulnerables de la región, que continúan sufriendo el estigma sistémico, exclusión social y la marginación.

El UNFPA sigue trabajando con información fundamentada en la evidencia y en los derechos humanos para abordar el VIH. El UNFPA se ha asociado con el Equipo Conjunto de ONUSIDA y su esfuerzo por acabar con el sida como amenaza para la salud pública para 2030, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como tal, el UNFPA trabaja en la región y a nivel nacional apoyando iniciativas que promueven la integración de las respuestas al VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), con un enfoque en la prevención de la transmisión sexual del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS).

El enfoque del UNFPA sobre el VIH se basa en tres estrategias: 1) promover los derechos humanos y reducir las desigualdades; 2) integrar las respuestas al VIH en la atención a la SSR; y 3) prevenir la transmisión sexual del VIH. Las oficinas del UNFPA en América Latina y el Caribe han puesto en marcha una serie de iniciativas para la prevención del VIH. En este sentido, UNFPA LACRO, en 2021, apoyó la documentación de experiencias nacionales seleccionadas, que incluían las lecciones aprendidas derivadas de la programación del UNFPA en materia de VIH.

PROPÓSITO

El propósito de este documento es presentar los aspectos más destacados, incluidas las lecciones aprendidas en la región durante los últimos años para que sirvan de inspiración útil a otras organizaciones, instituciones y países como posibles respuestas programáticas al VIH.

6IBID

7Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025 (DP/FPA/2021/8)

Las experiencias seleccionadas muestran importantes áreas técnicas y demuestran aspectos que las convierten en prácticas prometedoras, capaces de estimular el desarrollo de nuevos enfoques y de añadir valor a las iniciativas que ya están en marcha.

Describe las actividades de programación del VIH/sida en 10 países de la región: Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Guyana, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

03. METODOLOGÍA

Durante el 2021, se compartió con los puntos focales de VIH de las oficinas nacionales de UNFPA, el documento "Nota orientativa sobre el intercambio de buenas prácticas en la programación", en el que se describían los distintos tipos de información que deben presentarse para que la propuesta sea considerada una práctica prometedora.

Las prácticas prometedoras, incluidas las lecciones aprendidas, que se consideraron pertinentes se seleccionaron de acuerdo con los siguientes criterios:

- Relevancia
- Procesos/resultados obtenidos
- Innovaciones
- Aplican los principios de equidad, igualdad, derechos, género e interculturalidad
- Mecanismos de sostenibilidad y replicabilidad

Además, estas experiencias debían ser útiles y relevantes, efectivas, innovadoras, producir resultados en un tiempo razonable, costo-efectivas, éticamente sólidas y sostenibles.

04. ASPECTOS DESTACADOS

EXPERIENCIAS DESTACADAS

10 PAÍSES de la región

4.1

ARGENTINA

4.1 ARGENTINA: Respuesta dirigida por la comunidad en la época de COVID-19

En Argentina, las personas con VIH experimentaron un resurgimiento del miedo, la incertidumbre, y la violencia institucional con el inicio de la pandemia por COVID-19. Esta situación creó desafíos adicionales. Por ello, la garantía de sus derechos estaba aún más amenazada.

Dadas estas condiciones, UNFPA Argentina y la Red Bonaerense de Personas con VIH identificaron las siguientes áreas prioritarias para su estrategia de incidencia:

- Acceso a una atención integral para las personas con VIH
- Ayuda humanitaria
- Espacios de asistencia y apoyo

Más concretamente, las personas con VIH afirmaron que sus principales preocupaciones durante la pandemia eran la seguridad alimentaria, el acceso a los medicamentos y una vida libre de violencia de género. La crisis se vió agravada por la falta de antirretrovirales (ARV) y de pruebas rápidas de VIH, así como por la falta de condones y otros métodos anticonceptivos. La pandemia afectó la atención en salud o el seguimiento de las personas recién diagnosticadas con VIH y la escasez de otros medicamentos para enfermedades asociadas como la diabetes, la hepatitis, el cáncer, etc. Hubo un aumento del estigma y la discriminación en el sistema de salud. El país también experimentó un aumento de situaciones de violencia de género.

En respuesta a estos graves problemas, la Red de Bonaerense creó una Red de Alerta y Respuesta Temprana compuesta por personas voluntarias para apoyar a las personas con VIH en toda la Argentina durante la pandemia. La Red Bonaerense utilizó una combinación de sistemas de comunicación digitales y telefónicos para hacer una convocatoria inicial de personas voluntarias de todo el país. Un total de 807 personas se unieron, y luego participaron en actividades de capacitación y recopilación de información. Entre estas se encuentran las siguientes:

- **Estrategia de comunicación e información en el contexto de COVID-19 y VIH y sida, que se centró en:**
  a. Reforzar la comunicación interna y la participación colectiva
  b. Reforzar la comunicación externa sobre COVID-19 y las poblaciones vulnerables, la violencia doméstica, entre otros
  c. Utilizar un lenguaje no agresivo y libre de discriminación y estigmatización

- **Plan de Capacitación Virtual para facilitar la implementación de una respuesta rápida y efectiva.**
  La capacitación se desarrolló para que las personas voluntarias pusieran en práctica una estrategia de alerta temprana con directrices claras sobre cómo actuar en caso de escasez de ARV, falta de alimentos, necesidad de apoyo emocional y social, personas que presentarán síntomas de COVID-19 y cómo derivar la asistencia. Se contó con el apoyo de las Agencias de Cooperación Internacional de las Naciones Unidas como ONUSIDA, UNFPA, ONU MUJERES y UNESCO. Así como la Sociedad Argentina del Sida

- **Se realizaron talleres sobre normas de género, perspectivas de género, enfoques interseccionales, salud integral para personas que viven y están afectadas por el VIH, y normas sobre las pruebas de VIH, entre otras peticiones.**

- **Se elaboraron materiales y recursos, incluidas herramientas, para denunciar situaciones de discriminación y violencia.**

La comunicación fue esencial dentro de la Red Bonaerense de Personas que Viven con VIH y su grupo de base. Posteriormente, la Red de Alerta y Respuesta Temprana se puso en contacto con unas 2,000 personas utilizando diversas herramientas de comunicación, como el correo electrónico, los grupos de WhatsApp, las plataformas Zoom, Facebook, los formularios de Google, Mailchimp y Google Analytics.

Según los datos recolectados por la Red Bonaerense, se recibieron 1,804 solicitudes de ayuda durante un período de tres meses que comenzó en abril de 2020 y terminó en julio de ese mismo año. Las solicitudes provenían de toda Argentina, incluida la Capital Federal y el conurbano y localidades de la provincia de Buenos Aires, Tucumán, Santiago del Estero, La Rioja, Misiones, Jujuy, Entre Ríos, Chubut, Río Negro, Santa Cruz, Córdoba y Mendoza.

Hubo varios tipos de solicitudes de asistencia:

- El 61 % solicitó ayuda humanitaria (seguridad alimentaria).
- El 24 % declaró tener dificultades para acceder a los medicamentos ARV y solicitó ayuda.
- El 10 % estaba relacionado con otras situaciones (este porcentaje incluye situaciones de violencia de género, problemas de abuso de sustancias y personas privadas de libertad).
- El 5 % solicitó ayuda psicológica, contacto social y apoyo virtual ya sea por WhatsApp, Zoom, Facebook u otros canales de redes sociales.
- Se distribuyeron más de 1,100 métodos anticonceptivos, incluidos condones masculinos, dentro de los paquetes de seguridad alimentaria.

En cuanto a la creación de redes, la Dirección Nacional de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis se puso en contacto con la Red de Alerta y Respuesta Temprana. Se le pidió a las personas voluntarias que recogieran los medicamentos en hospitales y los entregarán en

los domicilios de las personas. La Dirección también acompañó a la red en cada una de las provincias y se coordinó con las personas responsables de los programas a nivel provincial y municipal para resolver cuestiones relacionadas con los medicamentos, las pruebas o la ayuda alimentaria. Además, los casos de discriminación contra las personas con VIH que se habían producido en los hospitales municipales también se pusieron en conocimiento de la Dirección Nacional con la esperanza de obtener una resolución.

El trabajo de creación de redes comunitarias con diversas organizaciones ha sido esencial para responder a las necesidades y solicitudes de las persona con VIH durante la pandemia. También ha permitido una respuesta más completa, coordinada y solidaria.

ME LLAMO ALAN Y SOY VOLUNTARIO DE LA RED.

Es un placer ayudar en lo que podamos, desde donde estemos. Personalmente, he tenido la oportunidad de entrevistar a mujeres trans y travestis que viven con VIH, que se preocupan por sus pares que tienen diferentes necesidades y problemas relacionados con el VIH y su identidad de género. Es un placer haber trabajado con ustedes y poder darles una mano desde esta red de voluntarios.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.2
BRASIL

4.2 BRASIL: Cómo el compromiso significativo de la comunidad marca la diferencia

Proyecto Bora Saber (Conoce tu estado de VIH)

Brasil tiene el mayor número de personas con VIH de América Latina y **representa el 49 % de todas las nuevas infecciones de la región.** Esto se debe en parte a la gran población que tiene el país en comparación con otros países latinoamericanos.

La epidemia de VIH en Brasil se concentra en las poblaciones clave, de las cuales los hombres son los más afectados. Aunque las mayores tasas de infección se registran entre las personas de 30 a 49 años, las nuevas infecciones por VIH han aumentado considerablemente entre los hombres jóvenes, especialmente los jóvenes HSH.

En la última década, las nuevas infecciones por VIH casi se han triplicado entre adolescentes de 15 a 19 años y se han duplicado entre jóvenes de 20 a 24 años.

Según el Boletín de VIH y sida 2020[8] del Ministerio de Salud de Brasil (MSB), de 2009 a 2019, hubo un aumento significativo en la tasa de detección de casos de VIH entre los hombres de 15 a 19 años (65 %), pasando de 3,7 casos/100 000 a 6,1 casos/100 000. En el grupo de edad de 20 a 24 años, la tasa de detección de casos de VIH tuvo un aumento del 75 %, pasando de 21 casos/100 000 a 36 casos/100 000. Además, en 2019, la mayor tasa de detección de casos fue de 52,0 casos/100 000, que se produjo entre los hombres de 25 a 29 años. Diez años antes, en 2009, las tasas más altas de detección de casos se dieron en hombres de 30 a 34 años y de 35 a 39 años, lo que indica que el VIH se está transmitiendo últimamente en grupos de edades más jóvenes. Las muertes relacionadas con el sida están disminuyendo en todos los grupos de edad, excepto entre adolescentes, donde la tasa de mortalidad aumentó un 62 % en el mismo período.

8 Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. HIV e Aids:2020. Número Especial | Dez. 2020

La información[9] elaborada por el Ministerio de Salud de Brasil en 2016 mostró que la ciudad de Boa Vista, en la provincia de Roraima, ocupaba el sexto lugar en cuanto a la tasa de prevalencia del VIH entre adolescentes de 15 a 19 años. La mayoría de estas personas adolescentes residen en zonas periféricas, donde los servicios son de baja calidad, con profesionales de salud de pocas cualificaciones e infraestructuras inadecuadas, lo que afecta a la respuesta al VIH.

Además, la crisis de migrantes de Venezuela, combinada con el brote de COVID-19, ha agravado considerablemente la epidemia de VIH en Boa Vista. Según la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Boa Vista, las personas migrantes venezolanas constituyeron casi el 50 % de todos los casos de VIH diagnosticados en 2019. La pandemia, junto con los desafíos ya existentes causados por la crisis humanitaria fronteriza entre Brasil y Venezuela, provocó resultados negativos como el aumento de la desigualdad de género, la violencia y la vulnerabilidad económica debido al desempleo. Otros factores que condujeron a resultados negativos fueron la reducción y/o el cierre de los servicios de salud sexual y reproductiva (incluida la atención prenatal) y el centro de referencia de asistencia social que proporciona servicios de protección social. A su vez, la disponibilidad y la accesibilidad de las pruebas de VIH/ e ITS se vieron gravemente comprometidas.

El Proyecto Bora Saber (Conozca su estado de VIH) es un programa de alcance comunitario realizado en colaboración con el UNFPA y la Asociación Bem com Vida (ABV), la Coordinación General de Vigilancia y Salud (CGVS); y la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Boa Vista (SESAM). El proyecto ofrece asistencia médica, conductual y estructural. Las intervenciones de Bora Saber ayudan a localizar y poner en contacto a adolescentes y jóvenes de poblaciones clave (HSH, población transexual, personas migrantes y refugiadas, personas trabajadoras sexuales y personas sin hogar) con la información adecuada sobre la prevención combinada del VIH y las ITS, las pruebas voluntarias de VIH y los servicios de salud para la terapia antirretroviral (TAR) inmediata y el tratamiento de las ITS. Una de las principales actividades es la realización de pruebas orales rápidas de VIH en varios lugares públicos de Boa Vista.

En la primera fase, el equipo del proyecto Bora Saber participó en una serie de sesiones de capacitación sobre temas clave como:

- Derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR)
- El rol de las organizaciones de la sociedad civil en la lucha contra el VIH
- Prevención combinada
- Minorías sociales
- Asuntos de género
- Orientación sexual

9 Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV Aids. Julho de 2017 a junho de 2018

Las personas que se encargan del enlace comunitario –que son adolescentes y jóvenes del voluntariado de ABV, con experiencia previa en la educación entre pares y en la realización de pruebas de VIH en sus respectivas comunidades– recibieron capacitación como activistas y referentes de derivación. Además, se les enseñó sobre los derechos humanos, los procesos democráticos y cuestiones relativas al clasismo, el racismo y el sexismo.

Parte de la capacitación incluye un componente clínico sobre las pruebas de VIH & ITS, como la realización de una prueba oral rápida de VIH y el tratamiento antirretroviral. Las personas que se encargan del enlace comunitario también aprenden a interactuar con las personas a las que se acercan de forma respetuosa, a compartir información clara y objetiva y a mantener siempre la confidencialidad. También pueden proporcionar un diagnóstico de VIH utilizando una comunicación neutral y teniendo en cuenta la salud mental de cualquier persona que se haya sometido a la prueba.

En la segunda fase, las personas adolescentes y jóvenes integrantes del programa se dividieron en equipos y trabajaron directamente en las comunidades de Boa Vista. Los equipos visitaron "sitios críticos": áreas con una alta concentración de personas de las poblaciones más vulnerables (HSH, personas transexuales, migrantes y refugiadas), como estaciones de autobuses, bares, albergues, asentamientos y el centro de detección de COVID-19. Promovieron la educación entre pares sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la prevención combinada del VIH & ITS y la información sobre la estructura sanitaria pública. Las personas voluntarias también ofrecieron la prueba de VIH en fluidos orales de forma voluntaria. Además, se utilizaron redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp para dar a conocer la iniciativa Bora Saber una vez que entraron en vigor las medidas de aislamiento. Las pruebas de VIH siguen realizándose en lugares públicos con un promedio de cuatro a cinco visitas al mes, con el objetivo de realizar cerca de 100 pruebas al mes.

Debido a la pandemia por coronavirus, se adoptaron medidas higiénicas más estrictas, como el uso de guantes, mascarillas, protector facial transparente, gel desinfectante y distanciamiento social. Cuando se realizaba la prueba de VIH, las personas encargadas del enlace comunitario daban instrucciones a la persona a la que se le realizaba la prueba, siguiendo un protocolo claramente definido. El resultado de la prueba oral de VIH está disponible después de 20 minutos.

A partir de entonces, las personas del enlace comunitario acompañaban a las personas que dieran positivo en las pruebas de VIH a los servicios de salud para que se les hicieran pruebas de laboratorio adicionales y se les iniciara inmediatamente el tratamiento antirretroviral. Se creó un grupo de apoyo, compuesto por adolescentes y jóvenes con VIH y una persona profesional de psicología, para ayudar a quienes acababan de dar positivo, en su adherencia al TARV.

Hasta julio de 2021 se sistematizó la siguiente información:

32
actividades en sitios críticos completadas

1460
personas a las que se llega con información y suministros de prevención que salvan vidas

733
pruebas rápidas de VIH

39%
15 a 24 años de edad

43%
25 a 29 años de edad

73%
personas migrantes venezolanas

68
HSH

19
personas seropositivas

2,6%
de prevalencia

95%
personas que comenzaron con el TARV

"CRISTOFER FRANCISCO RODRÍGUEZ ALFRED DE ORIGEN VENEZOLANO, DE 21 AÑOS.

Llegó a Brasil en diciembre de 2019. Como muchas personas venezolanas, abandonó su país en busca de oportunidades y de una vida mejor, ya que, según sus propias palabras, "trabajaba y trabajaba, y el dinero

solo alcanzaba para comprar comida, pero yo quería más. Quería hacer mis sueños realidad". Se enteró de que era seropositivo hace unos dos años en Venezuela, pero no empezó el tratamiento. Cuando llegó a Boa Vista, fue contactado por las personas movilizadoras de pares de Bora Saber. Le dieron información clave sobre la prevención combinada y la estructura de salud brasileña, y le realizaron una prueba de fluido oral de VIH que confirmó su estado positivo. La persona movilizadora de pares lo puso en contacto con la unidad de salud especializada para que le hicieran pruebas adicionales y pudiera iniciar de inmediato la terapia antirretroviral. En la actualidad, Cristofer toma ARV. "Mi última prueba de carga viral mostró que el virus del VIH es indetectable", dijo emocionado. Su plan es trasladarse al estado de Santa Catarina, donde tiene la intención de trabajar. Gracias al apoyo de Bora Saber, ya sabe que tendrá que trasladar su expediente médico a la nueva ciudad, ya que pretende continuar su tratamiento de ARV y mantenerse sano.

Otro resultado digno de destacar es que, con la promoción de información sobre SSR por parte de las personas movilizadoras de pares en varias comunidades, Bora Saber, recibió 15 solicitudes de mujeres para obtener información y asistencia para la inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU). La coordinación de pruebas del proyecto, en colaboración con el UNFPA, que impartía capacitación en materia de SSR a los centros de salud locales, pudo apoyar estas solicitudes al programar las citas para la inserción del DIU y proporcionar transporte e información a las mujeres.

El estigma y los prejuicios a los que se enfrentan las personas LGBT, las personas trabajadoras sexuales y las personas migrantes de poblaciones de desplazamiento forzado, especialmente jóvenes, dificultan considerablemente su acceso a la prevención y el tratamiento del VIH e ITS. Estos retos se han visto agravados por la pandemia de COVID-19. La respuesta de Brasil al COVID-19 ha sido muy insuficiente debido a la falta de medidas de salud pública para hacer frente a la propagación del virus. Por lo tanto, las intervenciones basadas en la comunidad, realizadas por jóvenes y adolescentes, son mucho más eficaces para llegar a las poblaciones clave. Estas intervenciones promueven información crítica sobre la prevención combinada y permiten el diagnóstico temprano de VIH y el inicio inmediato de la terapia antirretroviral.

Además, el compromiso tanto del Ministerio de Salud para proporcionar las pruebas de VIH en fluidos orales como de las Secretarías de Salud municipales y estatales para facilitar el acceso de las personas diagnosticadas con VIH por el proyecto para la iniciación de la terapia antirretroviral fue fundamental para el éxito de este proyecto.

El proyecto Bora Saber demuestra claramente la eficacia de las intervenciones basadas en la comunidad y el papel de las personas educadoras de pares, para llegar a las poblaciones marginadas y ayudarles a recibir las pruebas y el tratamiento del VIH & ITS, en comparación con las intervenciones habituales realizadas en entornos sanitarios clínicos.

EXPERIENCIAS DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.3
COSTA RICA

4.3 COSTA RICA: El condón femenino. Un método de protección eficaz para mujeres y adolescentes

Inclusión del condón femenino en la oferta de métodos anticonceptivos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Una serie de convenios internacionales llevaron a Costa Rica, y específicamente a su sistema de salud, a crear vínculos efectivos entre sus respuestas a los programas de VIH y SSR. Esto incluyó medidas específicas a nivel político, programático y de prestación de servicios. En este sentido, el condón adquiere especial relevancia, ya que es el único método disponible que protege simultáneamente contra las ITS, el VIH y los embarazos no deseados. Por esto, la implementación de la Programación Integral del Condón (PIC) ha sido crucial para el país. Desde 2009, el Ministerio de Salud y la CCSS, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Costa Rica (UNFPA-Costa Rica), han puesto en marcha varias iniciativas para avanzar en este tema.

En 2010, el Ministerio de Salud de Costa Rica comenzó a desarrollar una estrategia para aumentar el acceso a los preservativos masculinos y femeninos. Uno de sus principales objetivos era garantizar el acceso a información oportuna, científica y objetiva que aumentara la comprensión de los riesgos que plantean tanto la infección por el VIH como las ITS. En este proceso, la incorporación del condón femenino a la oferta institucional de anticonceptivos se ha considerado estratégica, ya que puede dar a la mujer autonomía y el control sobre su cuerpo. Le permite a su vez experimentar plenamente su sexualidad, así como sus derechos sexuales y reproductivos. Esto es fundamental para garantizar a las mujeres opciones viables de autoprotección sin depender necesariamente de la aprobación y negociación de las personas con las que mantienen relaciones sexuales.

Durante la fase de diseño de la estrategia, se puso de manifiesto la escasa información disponible sobre la aceptabilidad de los condones femeninos. Por lo tanto, en 2012 se llevó a cabo un estudio titulado "Aceptabilidad del condón femenino"[10]. Se concluyó que el condón femenino fue ampliamente aceptado por la muestra de mujeres que lo utilizaron durante el estudio; ya que el 84,3 % dijo que lo volvería a utilizar y el 72,1 % dijo que le gustaría utilizarlo en todas sus relaciones sexuales, es decir, convertirlo en su método anticonceptivo y de protección habitual.

10 Caja Costarricense de Seguro Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas Costa Rica (2012). Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José. San José, Costa Rica: CCSS, UNFPA Costa Rica

El resultado de esta investigación también fue coherente con las pruebas internacionales en cuanto a la eficacia y la aceptabilidad del producto. Subrayó la necesidad de incorporar el condón femenino a la oferta pública y privada para ofrecer opciones a las mujeres y a las personas con las que mantienen relaciones sexuales, como protección contra las ITS, el VIH y los embarazos no deseados.

A partir de la información del estudio de aceptabilidad, se puso en marcha un proyecto piloto en 2014. Se puede encontrar un video que describe este proceso aquí. Ese año se distribuyeron condones femeninos en dos distritos de salud. Los resultados fueron bastante alentadores y reforzaron la necesidad de ampliar el suministro de anticonceptivos y la protección garantizando el acceso universal a los preservativos femeninos. El proyecto piloto demostró que el condón femenino tenía una demanda aún mayor que el masculino y que la falta de disponibilidad del condón femenino en el país se reconocía como una necesidad anticonceptiva no cubierta. Ese mismo año, Costa Rica adoptó la "Declaración de acción nacional para la ampliación del suministro de anticonceptivos y la promoción y el acceso universal al condón femenino".

A finales de 2014, las autoridades del Ministerio de Salud se comprometieron a promover la introducción de condones femeninos en la oferta nacional de anticonceptivos y protección y a adquirir este producto con recursos institucionales. En 2015, se diseñó una estrategia de comunicación sobre preservativos femeninos y una guía de dispensación de condones femeninos para las personas que prestan servicios de salud, en colaboración con la CCSS. Además, se elaboraron recomendaciones específicas para la incorporación de los condones femeninos en la combinación nacional de métodos anticonceptivos y de protección. Después de fuertes esfuerzos de incidencia por parte del UNFPA, la CCSS y una ONG local, el condón femenino fue registrado y aprobado oficialmente por el Ministerio de Sanidad. Los siguientes pasos incluyeron la capacitación del personal de los servicios de salud en la promoción y dispensación del condón femenino como parte de la iniciativa nacional de anticoncepción y protección. La CCSS también formó parte de este proceso, que incluyó no solo el condón femenino, sino los implantes subdérmicos y la reintroducción de otros anticonceptivos.

La CCSS comenzó a suministrar condones femeninos a los centros de atención primaria en 2018. Además, la CCSS amplió la cobertura y el acceso a este anticonceptivo, al permitir que los servicios de trabajo social, enfermería, psicología, medicina y farmacia lo dispensen sin receta.

SANDRA MEJÍA

Ha vivido toda su vida en San Ramón de Upala, un pueblo rural cercano a la frontera norte de Costa Rica, en la frontera con Nicaragua. Su madre tuvo diez hijos porque su marido "nunca le permitió planificar".

Sandra dice que el condón femenino está lejos de ser como una píldora que se prescribe, se toma con agua y ya está. La primera implica el conocimiento del cuerpo, la autoexploración, la comunicación con la pareja sobre la sexualidad y, a veces, la reorganización de los roles de género.

El estudio sobre la aceptabilidad del condón femenino recogió testimonios que apoyan el planteamiento de Sandra, como "Los hombres conocen la vagina mejor que las propias mujeres" o "El condón es un medio para conocerse; para conocernos y estar en contacto con nosotras".

Otras mujeres que participaron en el estudio hablaron del juego de roles masculino/femenino que se produce en el hogar en relación con la crianza de los hijos y la anticoncepción: "Si no quiere ponérselo (al condón masculino), entonces déjame ponérmelo yo (el condón femenino). Yo soy la que lava los pañales, no él".

Algunos resultados clave sobre el condón femenino en Costa Rica:

- El condón femenino está ahora en la lista oficial de medicamentos en Costa Rica.
- Cinco de las siete regiones de la seguridad social recibieron capacitación sobre cómo dispensar el condón femenino.
- En 2019, se distribuyeron 161 783 condones femeninos.
- En 2020, se distribuyeron 112 720 condones femeninos.

El condón femenino ha tardado más de una década en integrarse en la combinación de métodos anticonceptivos en Costa Rica. El proceso ha sido lento, pero todos los pasos mencionados anteriormente, en especial el estudio de aceptabilidad y el proyecto piloto, fueron fundamentales para determinar la mejor manera de incluir el condón femenino entre los anticonceptivos disponibles en Costa Rica.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.4
CUBA

4.4 CUBA: Coordinación de las estrategias de prevención del VIH y las ITS centrándose en adolescentes y jóvenes

En Cuba, la principal causa de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales. La epidemia está muy extendida entre los HSH y representa el 80 % de todos los casos. Además, el 81 % de los casos se encuentran en 45 municipios. Las cifras de prevalencia del VIH para 2020 fueron las siguientes[11]:

Prevalencia nacional de VIH:

0.4%
en el grupo de edad de 15 a 49 años

3.1%
en personas transgénero

1.1%
en HSH

0.8%
en personas que practican sexo transaccional

Si bien hay una reducción de las nuevas infecciones por VIH y de las muertes relacionadas con el sida, se prevé que la búsqueda activa de casos en grupos clave para llegar a los "primeros 90", puede comprometer los indicadores de incidencia y prevalencia a corto plazo[12]. La última

11 https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cuba

12 MINSAP/Prosalud (2019). Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis en Cuba. Disponible en: http://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=682

encuesta nacional de personas que viven con VIH mostró que en las poblaciones menores de 25 años, la incidencia del VIH está aumentando entre las mujeres jóvenes y las adolescentes, con una proporción del 26 %, y disminuye en los grupos de mayor edad. En los hombres, la proporción para los menores de 25 años es del 74 %, pero aumenta en los grupos de mayor edad[13].

La incidencia del VIH en la población menor de 15 años ha sido inferior a 100 casos anuales. Sin embargo, al inicio de las relaciones sexuales, un tercio de las personas adolescentes lo hacen sin protección. Esta cifra aumenta entre hombres jóvenes que tienen su primera relación sexual con otros hombres (40,7 %). A pesar de las estrategias previas que abordan este tema, la población adolescente destaca por la falta de conocimientos sobre el VIH (67,6 %); el predominio de creencias erróneas, prejuicios y actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH; y el bajo acceso a los programas de prevención y a las pruebas de diagnóstico de VIH[14].

En 2018, UNFPA Cuba trabajó estrechamente con UNFPA LACRO y se centró en lo siguiente:

- Mejorar la calidad y efectividad de la cobertura de salud, con énfasis en los servicios de SSR para adolescentes, a partir de la implementación de estándares de calidad adaptados por UNFPA LACRO y personalizados para Cuba en 2018.
- Reforzar el componente de prevención de las ITS y el VIH en los programas y estrategias de educación integral de la sexualidad (EIS) fuera de la escuela, de acuerdo con las Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad.

El proyecto se basa en el supuesto de que la intervención más esencial para la prevención de las ITS y el VIH entre adolescentes y jóvenes es el acceso oportuno y el uso de servicios y recursos de salud de calidad, con énfasis en los servicios de SSR. Para esto, la EIS dentro y fuera de la escuela se convirtió en una herramienta primordial para facilitar la adopción de conocimientos con base científica para la toma de decisiones autónomas. Asimismo, el desarrollo de la EIS y de los servicios integrales de salud de calidad para adolescentes y jóvenes requiere la preparación del personal de los servicios y un entorno favorable a nivel comunitario.

En este sentido, el proyecto reconoció y aprovechó las oportunidades que ofrecía el sistema de salud y educación a diferentes niveles, así como otras instituciones y organizaciones comunitarias. Por ejemplo, el fortalecimiento de los vínculos intersectoriales con las organizaciones de la sociedad civil, teniendo en cuenta sus ventajas comparativas en relación con las competencias del personal, el acceso a la información y las posibilidades de acción comunitaria en los ámbitos de la salud y la educación.

13 ONEI (2020). Encuesta Nacional a Personas que viven con VIH en Cuba. 2018. Edición 2020. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicacion_encuesta_pvv_2018_final.pdf

14 MINSAP/Prosalud (2019). Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis en Cuba. Disponible en: http://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=682

A corto plazo, el proyecto contribuyó a eliminar las barreras culturales, sociales y organizativas que limitan el ejercicio efectivo de los derechos sexuales de las personas adolescentes y la equidad de género. A largo plazo, se espera que tenga un impacto en la eliminación de la infección por VIH y otras ITS entre adolescentes y jóvenes, y los grupos de mayor edad.

Se inició una intervención piloto en todas las unidades de atención primaria de cuatro municipios: San Miguel del Padrón, Cumanayagua, Las Tunas y Buey Arriba. Estos municipios se encuentran en las provincias de La Habana, Cienfuegos, Las Tunas y Granma, respectivamente. También se incluyeron en esta intervención los centros de enseñanza secundaria situados en las proximidades de las unidades de atención primaria. En estas unidades de atención primaria se establecieron normas de calidad relativas a los servicios de salud para adolescentes.

Aunque este proyecto aún está en fase de implementación, los resultados preliminares son prometedores. Hasta la fecha, destacan los siguientes:

- Adopción de una propuesta metodológica para la implementación de estándares de calidad en los servicios de salud para adolescentes con énfasis en la SSR, que incluya la prevención de las ITS y del VIH.
- Fortalecimiento del componente de prevención de ITS y VIH del Programa Nacional de Educación Sexual Integral del sector educativo y del Programa Nacional de Atención Integral para la Salud del Adolescente del Ministerio de Salud.
- Promover la participación de la dirigencia de las organizaciones de salud, educación, adolescentes y de la sociedad civil en los municipios y comunidades afectadas en ciertas áreas:
    - Para la identificación de las barreras políticas, culturales y organizativas que afectan al acceso a los servicios y recursos de salud y educación sexual de calidad.
    - Y encontrar formas de superar estas barreras según las necesidades de las personas adolescentes en cada contexto.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica de 1581 profesionales de la salud en servicio, 150 docentes de nivel secundario tanto en escuelas generales como politécnicas a nivel municipal y provincial, y en los equipos técnicos nacionales para el desarrollo de los servicios integrales de SSR y EIS, según los estándares internacionales de calidad adaptados a Cuba.
- Participación de más de 700 adolescentes en la identificación de las limitaciones que afectan a su acceso y uso oportuno de los servicios de SSR y EIS, y lo que es más importante, hicieron sugerencias sobre cómo se podrían eliminar estas barreras y qué más se necesita en términos de servicios de SSR y estrategias de EIS, de acuerdo con sus necesidades.
- Participación de todas las unidades de salud de los cuatro municipios, así como las instituciones educativas de nivel medio, en el proyecto piloto, incluidas las situadas en zonas de más difícil acceso, como las zonas montañosas.

- Se establecieron sinergias con la implementación de estándares de calidad en los servicios de salud para adolescentes, el programa de EIS en las escuelas y la Estrategia para la Integración Social de las Personas Transgénero, a través de la capacitación del personal de servicio. Se hizo un esfuerzo por incluir explícitamente las necesidades de los grupos de adolescentes cuyas orientaciones sexuales e identidades de género no se ajustan a la heteronormatividad.

"CREEMOS QUE LO SABEMOS TODO, PERO NOS EQUIVOCAMOS. TAMBIÉN NECESITAMOS QUE LAS PERSONAS RESPONSABLES PARENTALES APRENDAN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL, PORQUE A VECES LES PREGUNTAMOS Y NO SABEN RESPONDER A NUESTRAS PREGUNTAS. LOS CARTELES SON BUENOS PORQUE NOS ENSEÑAN, POR FIN, CUÁLES SON NUESTROS DERECHOS".
ESTA AFIRMACIÓN Y MUCHAS OTRAS OPINIONES FUERON COMPARTIDAS POR ESTUDIANTES DE SECUNDARIA Y PREUNIVERSITARIOS DEL MUNICIPIO CAPITALINO DE SAN MIGUEL DEL PADRÓN. EN UNA ESCALA DE 100, "200" FUE LA CALIFICACIÓN DADA POR LAS PERSONAS ADOLESCENTES SOBRE LA BASE DE SU PARTICIPACIÓN EN LA DEFINICIÓN DE SUS NECESIDADES DE SSR Y QUE DIO LUGAR A LA ELABORACIÓN DE ESTOS CARTELES INFORMATIVOS.

Los próximos pasos de este proyecto incluyen el desarrollo de medidas de referencia para los ocho estándares de calidad de los servicios de salud para adolescentes. Una de estas normas incluye la generación de datos e información de calidad para la toma de decisiones. Para ello es necesario mejorar el registro estadístico actual. Otro componente de supervisión examinará la eficacia de las iniciativas de EIS dentro y fuera de la escuela. Sobre la base del actual enfoque de ampliación, se espera que este proyecto llegue a todas las unidades de salud de Cuba en 2024.

EXPERIENCIAS DESTACADAS

10

PAÍSES

de la región

4.5

REPÚBLICA DOMINICANA

4.5 REPÚBLICA DOMINICANA: Servicios integrales de calidad en materia de SSR y VIH para mujeres embarazadas

En 2020, República Dominicana tenía una de las tasas más altas de transmisión del VIH de madre a hijo de la región. Según los últimos datos disponibles, la tasa se estimó en un 17,3 % lo que supuso un aumento de más del 20 % respecto a la tasa de 2019. Además, la tasa de mortalidad materna en el país, en 2019, fue de 91 muertes por cada 100 000 personas nacidas vivas, lo cual está por encima del Objetivo de Desarrollo Sostenible de 70 muertes por cada 100 000 personas nacidas vivas. La mortalidad neonatal en el país también es muy alta, sin variaciones significativas en los últimos 20 años, y representa más del 70 % de las muertes infantiles[15].

A pesar de que República Dominicana ha intentado adherirse a políticas internacionales y nacionales y ha llevado a cabo esfuerzos que buscaban eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo y la sífilis congénita, no ha tenido éxito. Este fracaso puede deberse en parte, al hecho de que los servicios de salud que abordan la atención prenatal, la SSR y la atención del VIH estaban organizados y se ofrecían de forma fragmentada.

Este fue el caso del Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia. Comenzó a prestar servicios de atención al VIH para mujeres embarazadas en 2004. Estos servicios se ofrecían por separado del resto de la atención prenatal, posnatal y neonatal del hospital. En 2016, el hospital diseñó y adoptó un modelo de gestión hospitalaria con la ayuda del UNFPA y la Fundación Popular, destinado a mejorar la calidad de la atención para reducir la morbilidad y mortalidad materna y la morbilidad y mortalidad neonatal.

Así, los servicios relacionados con el VIH pasaron a formar parte de la atención prenatal habitual que se ofrece a todas las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud por primera vez.

Entonces, en su primera visita, cada mujer embarazada recibe los siguientes servicios de SSR de forma integrada:

- (i) consejería previa sobre el VIH
- ii) pruebas de VIH, sífilis y recuento sanguíneo completo

15 https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/dominicanrepublic

- iii) entrega de los resultados de las pruebas durante la consejería de seguimiento facilitando la identificación y el inicio oportuno de las medidas terapéuticas
- iv) atención prenatal
- v) atención al VIH y a la sífilis
- vi) cuidados posnatales y anticoncepción

Los tratamientos necesarios se aplican poco después del diagnóstico. Por ejemplo, si se detecta que una mujer embarazada tiene sífilis, se la trata inmediatamente. El mismo procedimiento se aplica a una mujer que ha dado positivo en la prueba del VIH. Comienza la terapia antirretroviral justo después del diagnóstico, y se le programan pruebas especiales que incluyen el recuento de CD4 y la carga viral. También recibe consejería psicológica adicional sobre su tratamiento y la importancia de cumplirlo. Esta consulta la realiza una persona profesional de ginecología y obstetricia, que también hará un seguimiento exhaustivo durante todo el embarazo, en el que se incluye el control del VIH en la mujer. El recién nacido de la madre seropositiva es seguido por una persona especialista de neonatología especializada en VIH durante los dos primeros años de su vida.

Además, se ofrecen servicios de salud preventiva como consejería nutricional, prevención de enfermedades de transmisión sexual y COVID-19, lactancia materna y anticoncepción, entre otros.

Para ofrecer estos servicios integrales, el centro de salud cuenta con una persona profesional de ginecología y obstetricia, una persona técnica de laboratorio, una persona profesional de psicología, una persona de profesional consejería de pares sobre VIH –incluida una persona que hable criollo para las mujeres haitianas– y una persona profesional de neonatología.

SOY MADRE VIH+

"Cuando me enteré de que estaba embarazada me alegré, pero cuando me diagnosticaron VIH lloré mucho y me sentí mal. Me puse triste porque dije 'mi bebé podría salir infectado [por el VIH]' porque no pienso tanto en mí, pienso más en mi bebé. Pero ahí mismo, en la clínica donde recibí el diagnóstico, me derivaron al hospital de maternidad de La Altagracia, porque aquí podrían ayudarme mejor e incluso podrían darme las medicinas y no tendría que comprarlas.

Cuando llegué, tuve que hacer varios procesos porque la primera vez llegué tarde y como no sabía a dónde tenía que ir, pregunté y me mandaron aquí. Me pidieron pruebas y me explicaron el proceso. Las siguientes citas han sido muy buenas, me siento muy satisfecha con el servicio recibido en este hospital de maternidad.

Me gustó mucho el trato porque aquí siento más privacidad que en otro lugar. Solo si quiero que se sepa que tengo VIH se sabrá, nadie tiene que revelarlo. Defino la experiencia en tres palabras: privacidad, respeto y paciencia, porque quienes me atendieron también son muy pacientes con nuestra gente.
Aunque nadie sabe realmente mi condición de seropositiva, en el momento en que lo comparta y conozca a una mujer embarazada en mis circunstancias, le recomendaré que venga aquí, al Hospital de Maternidad La Altagracia. Le diría que la vida aún no ha terminado; que solo por tenerlo [VIH] no tenemos que rendirnos ni vivir una vida deprimida".

En 2019, 7313 embarazadas primerizas fueron atendidas en la clínica prenatal del hospital. Estas mismas mujeres también recibieron consejería previa sobre el VIH y una prueba de VIH. Entre ellas, 245 dieron positivo en la prueba de VIH. Tres recién nacidos fueron diagnosticados con VIH, lo que corresponde a una tasa de transmisión del VIH de madre a hijo del 1,18 %, un valor muy inferior a la estimación nacional.

El hospital universitario de maternidad determinó que el costo promedio por mujer para sus servicios de atención integral prenatal, parto, y atención posnatal y del recién nacido es menor que si las pacientes seropositivas tuvieran que acudir a la clínica prenatal y a los servicios de VIH por separado. A su vez, al estar todo disponible en un mismo lugar reduce los tiempos de espera de las mujeres, lo que mejora la adherencia al TARV y previene la transmisión vertical. Este paquete de servicios integrados otorga cobertura desde el momento en que la mujer acude por primera vez a la clínica prenatal hasta que su hijo/hija cumple dos años de edad. Incluye la estancia en el hospital, así como el material y los suministros, las pruebas y los medicamentos para el tratamiento antirretroviral. Este modelo de atención integrada reduce los costos para las mujeres, ya que reciben toda su atención prenatal, posnatal y neonatal de manera integral. De este modo, evitan derivaciones innecesarias a otras clínicas y pérdida de tiempo. Este enfoque también reduce el estigma y la discriminación de las pacientes seropositivas, ya que no están separadas de las mujeres que acuden a los servicios de maternidad.

Los resultados demuestran claramente el éxito de contar con servicios integrales de salud materna en un solo lugar en el Hospital Universitario de Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia.

El potencial de replicación en otros centros de salud radica en el atractivo de ofrecer servicios prenatales, posnatales y neonatales, atención integrada del VIH que incluya otras ITS, en el mismo lugar y por el mismo personal de salud. Este formato reduce las múltiples intervenciones de salud en diferentes sedes por parte de diferente personal que tienen el potencial de saturar y confundir a la persona usuaria y que contribuyen a la pérdida de oportunidades para el diagnóstico, el manejo oportuno y la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y otras ITS.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.6
GUYANA

4.6 GUYANA: Prestación de servicios de prevención combinada del VIH con especial atención a las poblaciones más vulnerables

El proyecto se centra en aumentar el acceso a los servicios de prevención combinada del VIH. La entidad socia implementadora, Asociación de Paternidad Responsable de Guyana (GRPA, por sus suglas en inglés), amplió la prestación de servicios de SSR, lo que incluyó abordar el tema de la violencia de género durante la prestación de servicios de SSR con un enfoque particular, pero no limitado, a las poblaciones clave (PC) y a las personas jóvenes vulnerables. La prestación de estos servicios se realizó en la Región Administrativa 4 (Demerara-Mahaica), así como en la Región Administrativa 3 (Islas Essequibo-Demerara Occidental).

La GRPA reconoció la necesidad de proporcionar estos servicios a las personas migrantes y refugiadas venezolanas, así como a las comunidades/poblaciones de acogida guyanesas, antes y durante la pandemia de COVID-19. Las personas venezolanas y las guyanesas que regresaban de Venezuela fueron un grupo objetivo específico en Guyana, reconociendo a partir de una evaluación de la violencia de género interinstitucional de las Naciones Unidas realizada en 2019, que fue liderada por el UNFPA, mostró que las mujeres y las niñas venezolanas y las mujeres y las niñas guyanesas que regresan de Venezuela se enfrentan a altos niveles de violencia de género y a barreras para acceder a los servicios de SSR. Por lo tanto, se puso el foco en las personas migrantes y refugiadas venezolanas y en las personas guyanesas que regresaban de Venezuela, ya que se enfrentan a muchas barreras, como el acceso a los servicios de SSR debido a su condición de migrantes, la discriminación, la falta de recursos, las barreras lingüísticas, la falta de conocimiento de los servicios locales, etc.

En la actualidad, son limitadas las campañas de información que se realizan en español y que informan a las personas migrantes y refugiadas venezolanas beneficiarias sobre la prestación de servicios de SSR. Esto contribuye a la escasa aceptación de los servicios de SSR que salvan vidas por parte de este grupo. Además, con el impacto de las restricciones de movimiento productos de la pandemia por COVID-19, entre las que se encuentra las medidas de distanciamiento social y la reducción de los horarios de funcionamiento de los comercios y servicios, un número cada vez mayor de personas puede tener aún más dificultades para acceder a dichos servicios.

El UNFPA proporcionó financiamiento para el proyecto. En 2021, el proyecto se dirigió a estas personas beneficiarias, y la respuesta al acceso a los servicios fue bien recibida.

En un esfuerzo por ayudar a la prestación de servicios de prevención combinada del VIH en el contexto de COVID-19, la GRPA emprendió lo siguiente:

- La GRPA llevó a cabo sesiones confidenciales de autoempoderamiento/grupos de apoyo, usando teléfonos móviles y plataformas en línea, con las poblaciones clave y las personas jóvenes para abordar su comprensión de los servicios de prevención combinada del VIH y su acceso a ellos, de acuerdo con la Guía de Grupos de Apoyo de las "Directrices Nacionales para la Prevención del VIH entre las Poblaciones Clave de Guyana". Se llegó a las poblaciones clave a través de la colaboración de la GRPA con organizaciones que representan los intereses de estas poblaciones (como GUYBOW) mediante los esfuerzos de personas educadoras de pares. Para apoyar esta "nueva" forma de prestar servicios, la GRPA se benefició del despliegue, por parte de la Oficina del UNFPA para América Latina y el Caribe, de las directrices para la prestación de servicios de apoyo psicosocial a distancia para las personas sobrevivientes de violencia de género.

- Las personas educadoras de pares de la GRPA emplearon, entre otros métodos, el uso de las redes sociales para involucrar a las poblaciones clave y a la juventud en el uso correcto y sistemático del condón con todas las parejas sexuales. El objetivo era motivar el cambio de comportamiento de las personas integrantes de las poblaciones clave y de la juventud. Se contrató a cinco personas educadoras de pares y a dos personas navegadoras de pares para que ofrecieran sesiones de reducción de riesgos y apoyo de derivación. La campaña en las redes sociales llegó a 9643 personas a través de Facebook e Instagram.

- La GRPA apoyó las actividades de divulgación en los lugares en los que se reunían y socializan de forma natural las poblaciones clave, incluyendo lugares públicos. Estas actividades de divulgación ayudaron a identificar las redes de las poblaciones clave, lo que permitió vincular a las personas con servicios que no requieren que se desvíen de sus actividades rutinarias. Teniendo en cuenta la pandemia por COVID-19, estas actividades de divulgación se llevaron a cabo tomando todas las precauciones necesarias para minimizar el riesgo de transmisión del virus.

- La GRPA proporcionó condones masculinos y femeninos, así como servicios de consejería y pruebas de ITS y VIH a las poblaciones clave y a las personas jóvenes a través de su clínica estática y de su clínica móvil, además de tratamiento sindrómico de las ITS y vinculación para el tratamiento y la atención del VIH con el apoyo de personas educadoras/navegadoras de pares. La ejecución de este proyecto se tradujo en la distribución de 4752 condones masculinos para las poblaciones clave y las personas jóvenes, lo que les permitió acceder también a consejería sobre el VIH/las ITS en la clínica estática y a través de las sesiones de divulgación.

- La GRPA, con el apoyo de sus entidades socias, desarrolló un sistema de navegación entre pares para ayudar a las personas integrantes de las poblaciones clave y a la juventud a acceder a los servicios de prevención y tratamiento del VIH que pueden no estar disponibles a través de la GRPA, como el tratamiento antirretroviral. La GRPA reconoce que el desarrollo de un sistema de navegación entre pares es importante, pero es un proceso bastante complejo que requiere evaluaciones tanto de los sistemas de salud

pública como de los sistemas comunitarios de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH. Para abordar estas complejidades, la GRPA se basó en el trabajo ya realizado por varias entidades socias en este ámbito, incluida GUYBOW, al tiempo que se adhirió a las orientaciones y herramientas proporcionadas por las "Directrices para la prevención del VIH entre la ciudadanía guyanesa".

- La GRPA puso en marcha una campaña en las redes sociales para promover la prevención combinada del VIH en un contexto de servicios adaptados a la juventud, así como para sensibilizar a las partes interesadas, incluidas las personas prestadoras de servicios de salud, sobre los derechos de adolescentes y jóvenes de las poblaciones clave a los servicios de SSR, en consonancia con la política nacional de SSR recientemente aprobada.

A continuación, los resultados del número de personas a las que se llegó con servicios de SSR durante 2021:

1234 mujeres en edad reproductiva (15-49)

136 jóvenes

517 personas que se identifican como LGBT

La GRPA ha podido demostrar el uso de técnicas innovadoras en el contexto de COVID-19 y aplicar enfoques pertinentes, eficaces y rentables que aumentan el acceso a la información y los servicios de SSR, la consejería y las pruebas de ITS y VIH, el tratamiento de las ITS para las poblaciones clave y la juventud, y un mayor acceso a los servicios de prevención combinada del VIH para estas poblaciones y la juventud a nivel conductual, biomédico y estructural.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.7
PARAGUAY

4.7 PARAGUAY: Empoderar a las personas que viven con VIH mediante cambios en las leyes

La Fundación Vencer lleva organizando encuentros nacionales para personas con VIH desde 2004. En estas reuniones se tratan muchos temas, como la salud, la educación, el empleo, la justicia, la estigmatización y la discriminación, la violencia y la participación política, entre otros. Sin embargo, el objetivo principal se centra en la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH, incluida su atención integral.

Entre quienes participan se encuentran activistas, representantes y líderes emergentes de la comunidad de personas que viven con VIH. Este foro es el único lugar donde pueden intercambiar experiencias, problemas, buenas prácticas y, sobre todo, ofrecer recomendaciones a las personas responsables de la toma de decisiones.

Estas reuniones son decididamente políticas, ya que un producto clave es una declaración que se prepara de forma colectiva en la que se presentan las principales demandas de las personas que viven con VIH al Estado y a otros actores clave de la esfera política del país.

El UNFPA ha sido una de las principales entidades socias que ha prestado apoyo técnico y financiero a la Fundación Vencer a lo largo de los años.

Un tema clave que surgió en el contexto de estas reuniones fue la necesidad de establecer un reglamento para la Ley N° 3940/09. Esta Ley introdujo el enfoque de derechos humanos que estaba ausente en la anterior Ley N° 102/91. La Ley N° 3940/09 garantiza el pleno ejercicio de todos los derechos a las personas con VIH y establece no solo derechos sino también obligaciones y medidas preventivas en relación con los efectos producidos por el VIH y el sida. Es más conocida como la “Ley del Sida”.

Sin embargo, no existía un mecanismo para hacer cumplir esta Ley. Por ejemplo, no se sancionaban los actos de discriminación basados en el estado serológico. Esta Ley no contiene un mecanismo de compensación por la violación de los derechos de las personas que viven con VIH. De hecho, las sanciones solo se contemplan para las personas que son funcionarias, es decir, quienes trabajan como empleadas del Estado en el sistema de salud. La falta de un recurso legal, junto con el alto nivel de estigmatización y discriminación que se encuentra en los servicios de salud, creó dificultades para las personas que viven con VIH a la hora de acceder al sistema y cumplir con sus tratamientos.

En este sentido, era de vital importancia crear un marco legal complementario para acompañar la implementación de la Ley N° 3940/09. Esto es especialmente importante en el ámbito de la protección de los derechos humanos de las personas con VIH y las poblaciones clave.

Un grupo de trabajo interinstitucional compuesto por organizaciones de la sociedad civil, organismos de cooperación internacionales como el UNFPA, el Programa Nacional de VIH y la Fundación Vencer, como organización principal, trabajó en la elaboración del reglamento. Este proceso duró cinco años y culminó con la Resolución N° 675 del Ministerio de Salud. Dicha resolución establece el reglamento de la Ley del Sida, que incluye la creación del Consejo para la Respuesta Nacional al VIH (CONASIDA), encargado de desarrollar e implementar un plan estratégico para el VIH. La adhesión a este plan es obligatoria para los organismos gubernamentales y una referencia para la sociedad civil y los organismos de cooperación internacional. Además, la resolución establece sanciones administrativas para el personal de salud y/o las instituciones que infrinjan la Ley.

La promulgación de la Ley N° 3940/09 y su posterior reglamentación también ha sentado desde entonces las bases para una serie de medidas de incidencia y el desarrollo de planes y programas:

- Se utiliza como base para muchos de los planes estratégicos del VIH a nivel nacional y los planes institucionales del VIH.
- La Red de ONG sobre el VIH creó el "Centro de Reclamaciones sobre Derechos Humanos y VIH". Su principal objetivo es garantizar el cumplimiento de la Ley N° 3940 mediante la supervisión, la recepción y el seguimiento de las denuncias de discriminación por el estado serológico.
- La Fundación Vencer implementó el estudio Índice de Estigma que es la principal y única fuente de información sobre el estigma y la discriminación entre las personas que viven con VIH en Paraguay, por lo que su valor estratégico es fundamental. Se han realizado un total de tres estudios del Índice de Estigma y Discriminación (2010, 2016 y 2021). Estos estudios, que han contado con el apoyo técnico del UNFPA, habrán llegado a un total de 1650 personas con VIH en seis regiones sanitarias del país, generando información estratégica con un alto potencial de promover acciones de incidencia en los próximos años.

Por último, el modelo de disposición y gestión de Vencer puede sistematizarse y entregarse a otras organizaciones para lograr oportunidades de desarrollo organizativo y empoderamiento de las poblaciones clave.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.8
PERÚ

4.8 PERÚ: Campaña en redes sociales #NoDaRisa

Los derechos humanos y la equidad de género son determinantes sociales importantes en la prevención y el control de la epidemia de VIH. En un país como Perú, con una epidemia concentrada de VIH, la presencia o ausencia de estos determinantes sociales en una sociedad puede determinar que las poblaciones clave (HSH, personas transgénero, personas con VIH, personas privadas de su libertad y personas trabajadoras sexuales), así como adolescentes y jóvenes, tengan acceso a prevención y/o tratamiento. Esta presencia o ausencia también puede determinar que sigan siendo poblaciones ocultas en las que las dinámicas de transmisión son muy diferentes a las de la población general, lo que las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad y aumenta la posibilidad de exclusión social.

EN PERÚ, LA DISCRIMINACIÓN AFECTA PRIMORDIALMENTE A POBLACIONES LNOB. EL 71 % DE LA COMUNIDAD LGTBQI+, EL 70 % DE LAS PERSONAS CON VIH Y EL 64 % DE LAS PERSONAS INDÍGENAS SUFREN DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN. ADEMÁS, EL 40 % DE LAS PERSONAS PERUANAS NO CONTRATARÍA A UNA PERSONA TRANSGÉNERO[16].

En los últimos años, Perú ha demostrado avances significativos en el sector de los derechos humanos con la promulgación del Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021, el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente, el Plan Nacional de Igualdad de Género, las normas de salud integral para mujeres trans del Ministerio de Salud, entre otras iniciativas. Estos logros constituyen una plataforma sobre la que construir una sociedad inclusiva y respetuosa con los derechos humanos.

Sin embargo, ha habido un aumento de grupos antiderechos cuyas ideologías promueven estrategias contra el reconocimiento de diversas identidades de género y la equidad, como las luchas de las mujeres para poner fin a su discriminación y subordinación, y las luchas de

16 https://peru.unfpa.org/en/news/unfpa-peru-was-2021-cannes-lions-shortlisted-nodarisa-its-not-funny-campaign

las comunidades LGBT para disfrutar de los mismos derechos y garantías que el resto de la población. Según la información recogida por la Encuestade Demográfica y de Salud y otras fuentes del Ministerio de Justicia y Estudios Especiales, existe un sector de la sociedad peruana que se preocupa por el reconocimiento de los derechos humanos y tiene la expectativa de que el Estado promueva y garantice estos derechos. Sin embargo, no se ha observado un movimiento ciudadano activo. En cambio, los grupos antiderechos más pequeños han conseguido movilizarse con mayor impacto gracias a los recursos y plataformas a los que tienen acceso.

Como es sabido, la comunicación desempeña un papel fundamental como canal de información y como influencia vinculante dentro de una comunidad. En la medida en que la ciudadanía conozca sus derechos, se sentirá más capacitada para exigir el pleno respeto y cumplimiento de ellos. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y sus copatrocinadores, entre los que se encuentra el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), utilizan el enfoque de la Comunicación para el Desarrollo (C4D), ya que es una de las formas más eficaces de ampliar el acceso a la información y fomentar las oportunidades de desarrollo.

En el contexto de la respuesta nacional a la epidemia del VIH, ONUSIDA y el UNFPA colaboraron en la búsqueda de formas de sensibilizar sobre las brechas que aún prevalecen en términos de normas legales y sociales que afectan al pleno ejercicio de los derechos de adolescentes, jóvenes y poblaciones clave, así como para situar la discriminación como una violación de los derechos humanos y la igualdad de género en el centro de la discusión sobre las necesidades y demandas de estas poblaciones.

El Ministerio de Justicia asumió un papel clave en el desarrollo de las acciones contra la discriminación, ya que los derechos humanos son de su competencia. Este organismo recibió asistencia técnica tanto del UNFPA como de ONUSIDA. Además, la Comisión Nacional contra la Discriminación (CONACOD) también participó. El CONACOD es un órgano multisectorial permanente encargado de monitorear y fiscalizar, emitir opiniones y brindar asesoría técnica en el desarrollo de políticas públicas, programas, proyectos, planes de acción y estrategias en materia de igualdad y no discriminación.

Una de las áreas de acción prioritarias fue el diseño y la implementación de una campaña de comunicación de alto impacto que contribuya a cambiar las normas sociales, las actitudes y los comportamientos que violan los derechos de los grupos de población excluidos/marginados. En muchos casos, se trata de acciones normalizadas que vulneran los derechos humanos en general, y el derecho a la SSR en particular. Por esto, se lanzó una campaña para combatir esta realidad, tomando como punto de partida un proceso de investigación iniciado en 2018. El objetivo fue estimular la conversación y fomentar la reflexión sobre la discriminación que se refleja en acciones cotidianas de violencia invisible contra los grupos más vulnerables.

La campaña peruana #NoDaRisa, llevada a cabo por el UNFPA, mostró tres videos cortos centrados en la normalización de la discriminación. La campaña pretendía luchar contra la discriminación que se disfraza de humor en temas como la desigualdad de género, el origen étnico-racial y la orientación sexual. Además, se esforzó por generar cambios de actitud, promover mejoras en las condiciones de vida de las personas más vulnerables y movilizar acciones rápidas y conjuntas en favor de los derechos humanos. Los videos fueron producidos por la Agencia Copiloto junto con la productora Isla Negra. La campaña se lanzó el 10 de diciembre de 2019, Día de los Derechos Humanos, y se extendió desde 2019 hasta 2020.

Los videos recrean escenas de comedia que muestran actos de discriminación racial, transfobia y violencia contra las mujeres. Como mencionó el especialista en adolescentes y jóvenes del UNFPA, "aunque alguien pueda pensar que es 'solo una broma', en realidad está ofendiendo a otra persona. Por eso el hashtag fue #NoDaRisa. Es una llamada a la toma de conciencia, especialmente a todas las personas que creemos que no somos parte del problema porque solo consideramos la violencia física como algo negativo e ignoramos las acciones cotidianas de discriminación porque aprendimos mal, aprendimos a reírnos de unas personas mientras ofendemos a otras".

La campaña hizo un llamado a la deliberación consciente dentro de las esferas públicas y políticas, con el fin de reconocer el problema y sus vínculos con la desigualdad de género, el origen étnico-racial y la orientación sexual, entre otras situaciones. Esto representa un importante paso adelante.

Los siguientes resultados, que abarcan el período comprendido entre diciembre de 2019 y febrero de 2020, son un testimonio del éxito de la campaña:

- En el primer mes de la campaña, se llegó a 6,400.000 personas, incluidas las cuentas de redes sociales fuera de Perú, principalmente en España y Estados Unidos.
- Las métricas de los hashtags de Twitter vinculadas a la campaña en las redes sociales mostraron que se llegó a 1,4 millones de usuarios únicos. Esta cifra representa la mitad de los 2,8 millones de usuarios de Twitter en Perú. El alcance fue totalmente orgánico.

El Grupo Radio Programas del Perú (RPP), el mayor conglomerado mediático peruano con varias emisoras de radio y un canal de televisión, fue la cuenta con más seguidores que utilizó el hashtag. Siete personas líderes de opinión clave se unieron a la campaña, lo que contribuyó significativamente a llegar a más personas en las redes sociales.

Cabe destacar la inclusión de la campaña **"#NoDaRisa"** como finalista en el Festival de Cannes Lions 2021 en la categoría de Cine-Comportamiento Social.

EXPERIENCIAS
DESTACADAS
10
PAÍSES
de la región
4.9
URUGUAY

4.9 URUGUAY: Programa "Tocó Quedarse"

La pandemia por coronavirus afectó enormemente a la población LGBT que vive en la ciudad de Montevideo, Uruguay. En particular, afectó negativamente a las personas trabajadoras sexuales, a las personas migrantes y a las personas con VIH que tenían trabajos informales y/o que habían sido contratadas recientemente. La drástica reducción de las actividades y de la movilidad social tuvieron un gran impacto en todas las personas que realizaban actividades precarias e informales en el mercado y que no tenían acceso a las prestaciones sociales ni al seguro de desempleo.

Como parte de la respuesta de la Intendencia de Montevideo a la emergencia de salud y socia producto de la pandemia por COVID-19, la Secretaría de la Diversidad de la Intendencia de Montevideo implementó un Plan de Emergencia para personas LGBT en situación de extrema vulnerabilidad. El programa de emergencia social "Tocó Quedarse" fue una iniciativa de alojamiento temporal con un sistema de apoyo psicosocial integral para personas LGBT en situación de vulnerabilidad social y en riesgo de quedarse sin hogar.

La perspectiva de los derechos humanos estaba en el centro del programa "Tocó Quedarse". Se enfocó en poblaciones de la diversidad sexual y de género que viven en situaciones de precariedad. La identificación de las vulnerabilidades a través de una perspectiva interseccional permitió centrar los esfuerzos en esta población y movilizar los recursos más adecuados tanto de la propia Municipalidad como de actores clave como las agencias de cooperación internacional (UNFPA, OIM, ONUSIDA). Estas alianzas hicieron posible la implementación del programa de emergencia de mayo a agosto de 2020.

Una perspectiva holística basada en los derechos humanos se plasmó en un mecanismo psicosocial que promovió vías de inclusión social a mediano y largo plazo. Estas vías ofrecieron apoyo y orientación para la inserción en el mercado laboral y espacios de participación que permitieron la creación de redes y el desarrollo autónomo, a la vez que garantizaron la no discriminación con respecto a la identidad y expresión de género, y la orientación sexual. Las personas residentes recibieron alimentos, apoyo psicológico, asistencia social para obtener la documentación de residencia e inscripción en el sistema de salud pública. Además, recibieron herramientas para la búsqueda de empleo y pudieron participar en talleres sobre los derechos de las personas migrantes, la diversidad sexual y de género, y el VIH. También se podía acceder a las actividades culturales que les vinculaban con la comunidad local LGBT.

El programa **"Tocó Quedarse"** contó con un conjunto de normas residenciales básicas, así como con protocolos de atención de salud que incluían la prevención de infecciones en cumplimiento de las directrices propuestas por el Ministerio de Salud Pública y la División de Salud de la Intendencia de Montevideo. El refugio se concibió como un espacio de cooperación entre las personas residentes y el equipo coordinador. Una de las reglas básicas era que las personas residentes debían ser capaces de cuidar de sí mismas, con el fin de promover la autnomía que condujera a una salida exitosa del programa y a una eventual integración social.

B. M. TIENE 44 AÑOS

Nació en La Habana, Cuba. Se identifica como hombre homosexual, de raza/etnia blanca. Es licenciado en Estudios Socioculturales y trabajó durante varios años como director de programas de radio, guionista, productor musical y coordinador de actividades recreativas. Mientras vivía en Cuba, participó activamente en una institución llamada Hombres con Hombres, en la que se llevaban a cabo campañas de promoción de la salud sobre la prevención y el tratamiento del VIH y temas relacionados. Menciona que le diagnosticaron VIH hace catorce años y que empezó el tratamiento antirretroviral hace diez. El tratamiento se suspendió durante su viaje a Uruguay, y finalmente pudo reanudarlo tras llegar al país.

Lleva catorce años en una relación. Inició el viaje a Uruguay a finales de 2019 con su pareja. Entraron al país por el Departamento de Rivera (fronterizo con Brasil) y se quedaron unos días en la ciudad de Rivera. Posteriormente, al no encontrar trabajo y para realizar los trámites de su documentación, viajaron a Montevideo. Se fueron de Cuba por "el acoso y la discriminación de la policía". Dice que "en Cuba, los homosexuales no tienen libertad para mostrar afecto, ni para abrazar, besar o tomarse de la mano". "La policía, si te ve haciendo esto, te pide la documentación y busca algún pretexto para detenerte por exhibicionismo público". Otra de sus principales razones para emigrar es la situación económica de Cuba. Vino a Uruguay con el objetivo de trabajar para enviar dinero a su familia en Cuba y poder acumular ahorros que le permitieran viajar a Estados Unidos con su pareja.

"Pasar por ese proyecto fue una experiencia maravillosa. Haber conocido a muchas personas con características diferentes, uno siempre saca lo mejor de eso. Aprendí muchas cosas, gracias a toda la ayuda que tuvimos. Nos dieron talleres de currículum vítae, cómo buscar trabajo, el taller con Majo sobre diversidad, y también el taller sobre derechos laborales. Fue la oportunidad de aprender, siendo cubano, cómo es la vida en Uruguay".

"Va a ser una experiencia inolvidable, nunca lo olvidaremos, porque nos abrieron las puertas con todo el cariño y la confianza. Esos meses fueron un momento de estabilidad que nos ayudó mucho. Saber que teníamos un techo sobre nuestras cabezas. Incluso nos garantizaron una cesta de alimentos cada quince días, lo que nos ayudó mucho. Gracias a este proyecto estamos trabajando actualmente, insertados en la sociedad, con muchos beneficios. Pertenecemos a la ONG Tacurú, que es un proyecto de limpieza de edificios, en el que estamos ahora trabajando".

En el programa **"Tocó Quedarse"** participaron 18 personas: 14 como residentes en el hogar y cuatro que asistieron a talleres y charlas diarias, con edades comprendidas entre los 21 y los 48 años. De las 18 personas, 16 eran migrantes (Cuba, Venezuela, Perú) y dos habían nacido en Uruguay. En cuanto a su orientación e identidad, las personas se identificaron como mujeres trans (2), mujeres lesbianas (1), hombres homosexuales (9), hombres trans (2) y hombres bisexuales (3). En cuanto a su salud, siete residentes eran seropositivos.

Al final del programa, todas las personas migrantes recibieron asistencia en materia de vivienda y alimentación por parte de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y se emplearon en diversos sectores (sector privado, así como en el programa social gestionado por la Intendencia de Montevideo). El apoyo social y psicológico se prolongó durante un mes más para garantizar la independencia tras el fin de la cuarentena. La Secretaría de la Diversidad sigue trabajando con estas y otras personas LGBT que sufren crisis sociales y económicas incluso después del aislamiento.

Al final del programa se realizó un análisis cualitativo para documentar las trayectorias de las personas residentes, las lecciones aprendidas y las recomendaciones de política pública. Se examinaron tres áreas del programa: 1) capacitación para entrar en el mercado laboral e inserción laboral, 2) apoyo alimentario y 3) vivienda.

Capacitación e inserción laboral: se llevaron a cabo una serie de sesiones de capacitación. Las sesiones se centraron en cómo buscar empleo y en las herramientas necesarias para llevarlo a cabo. También se impartieron talleres individuales sobre derechos laborales, manipulación de alimentos y uno realizado por la OIM sobre inserción laboral.

En cuanto al empleo, los resultados fueron los siguientes: de las 18 personas que participaron en el programa, una ya estaba empleada; siete obtuvieron un empleo formal en el sector de la industria de los servicios; cuatro personas empezaron a trabajar con un contrato con la Municipalidad de Montevideo; y dos personas empezaron a trabajar de manera informal (una de ellas en albañilería y otra, con licenciatura en enfermería, en atención de pacientes). Hubo dos personas que emigraron a Brasil sobre las que el programa no tenía información adicional. Por último, dos participantes no habían encontrado empleo cuando se graduaron del programa.

Apoyo alimentario: cada persona residente recibió quincenalmente una canasta de alimentos con frutas, verduras y alimentos básicos ofrecida por la Municipalidad de Montevideo en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social. La cesta se preparó en colaboración con una persona nutricionista y tuvo en cuenta los gustos y preferencias alimentarias de la persona residente. Este método de apoyo alimentario fomentó la autonomía individual, ya que las personas residentes debían prepararse ellas mismas las comidas.

Vivienda: de las 14 personas que vivían en el hogar, una persona continuó viviendo allí cuando se convirtió en una vivienda para estudiantes; una persona alquiló una habitación; y las 12 personas restantes se trasladaron a pensiones que la OIM financió durante dos meses. Tras este período, 10 de ellas pudieron pagar el alquiler por sus propios medios y dos emigraron a Brasil.

Además, el equipo coordinador del programa realizó un seguimiento quincenal de cada residente. Este enfoque individualizado en el que la persona residente proporcionó su información de antecedentes, su historia, sus necesidades personales y sus habilidades, incluidas las redes

de apoyo actuales, permitió al equipo proporcionar asistencia psicosocial para desarrollar habilidades de afrontamiento en medio de la pandemia y diseñar estrategias en términos de adquisición de empleo.

A pesar del reciente cambio de gobierno, que supuso importantes cambios de personal en todas las instituciones públicas nacionales, un factor clave para el éxito del programa fue la participación de personas con formación y experiencia diversas, integrantes de diversas asociaciones, organizaciones sociales y sectores dentro del gobierno de la ciudad de Montevideo. Estas organizaciones, así como organizaciones internacionales e instituciones nacionales, proporcionaron información e impartieron talleres de capacitación adaptados a la situación de las personas residentes.

Entre los planteamientos que tuvieron un gran impacto en las políticas públicas, destacan los siguientes:

- Proporcionar un hogar de transición especializado en respuesta a la vulnerabilidad a la que se enfrentan las personas LGBT, incluidas las que viven con VIH, y garantizar la no discriminación por motivos de identidad y expresión de género y orientación sexual.
- Proporcionar herramientas, capacitación y desarrollo conducentes a promover la autonomía y mejorar la empleabilidad.

Los resultados exitosos de esta experiencia piloto (y de hecho, bastante innovadora) en Uruguay se deben a las respuestas e intervenciones holísticas que se llevaron a cabo. Esto se refiere en parte a la atención integral desde la perspectiva de los derechos humanos, teniendo en cuenta la diversidad y el género que atraviesan todos los ámbitos de la vida de las personas.

EXPERIENCIAS DESTACADAS

10

PAÍSES

de la región

4.10

VENEZUELA

4.10 VENEZUELA: Atención integral y diferenciada (servicios amigables) para adolescentes, incluida la prevención y el diagnóstico de la infección por VIH

Venezuela tiene una de las tasas de embarazo adolescente más altas de América Latina. Según el UNFPA, la tasa es de 95 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años[17]. Esta cifra sitúa a Venezuela solo por detrás de otros dos países, Ecuador (111 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años) y Honduras (103 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años) en América Latina, pero muy por encima de la media regional (62 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años). Los datos nacionales estiman que el 22 % de los nacimientos que se producen en el país corresponden a mujeres adolescentes menores de 20 años. Además, el 85 % de los casos de embarazo en adolescentes se producen entre los 15 y los 17 años.

En 2020, según las estimaciones de ONUSIDA, había 104 204 personas con VIH en el país, con una prevalencia del 0,53 % en la población general[18]. Un estudio del UNFPA-ONUSIDA de 2020 reveló que la prevalencia del VIH era del 0,09 % entre adolescentes[19].

El contexto económico de Venezuela es frágil y complejo, lo que ha repercutido en el sistema de salud. Los recursos financieros son escasos. Más concretamente, es frecuente la escasez de pruebas de diagnóstico de VIH y sífilis, preservativos y otros anticonceptivos. Por lo tanto, estas provisiones solo están disponibles a escala limitada en el sistema público. Sin embargo, están disponibles en las farmacias privadas, pero a un costo más elevado, lo que los hace en gran medida inaccesibles para la mayoría de la población, más aún para adolescentes y jóvenes[20].

17 UNFPA: Estado de la población mundial 2022. https://www.unfpa.org/es/data/VE

18 ONUSIDA Venezuela. https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela

19 Prevalencia de VIH y comportamiento sexual en adolescentes que acuden a las Consultas Diferenciadas y Unidades Educativas cercanas a Caracas, Puerto Cabello (Estado Carabobo) y Soledad (Estado Anzoátegui) https://venezuela.unfpa.org/es/publications/prevalencia-de-vih-y-comportamiento-sexual-en-adolescentes-que-acuden-las-consultas

20 AVESA 2020. Higiene menstrual y demanda de anticoncepción. https://avesawordpress.files.wordpress.com/2020/08/higiene-menstrual-ss-y-demanda-anticoncepcion.-estudio-completo.pdf

En 2018, UNFPA Venezuela con el financiamiento de ONUSIDA, el Ministerio de Salud y organizaciones locales de la sociedad civil –Fundación Barrio Adentro y Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD)– apoyaron el establecimiento de instalaciones de atención médica especializada para adolescentes con énfasis en la SSR, que incluye la prevención del VIH e ITS. El propósito de estos espacios de atención diferenciados orientadas a adolescentes y jóvenes es crear espacios específicos para la atención integral de este grupo de edad con un enfoque de derechos, multiculturalidad y género que les permita construir su proyecto de vida personal, el disfrute pleno de su vida sexual y reproductiva de manera saludable y facilitar la toma de decisiones responsables.

Estos espacios para adolescentes y jóvenes funcionan dentro de un centro de salud ya establecido. De este modo, estas personas adolescentes y jóvenes pueden beneficiarse no solo de los servicios de SSR, sino también de otras especialidades clínicas como urgencias, odontología, vacunación, servicios de laboratorio, medicina general y pediatría.

Las dos fundaciones y el Ministerio de Salud, junto con UNFPA Venezuela y ONUSIDA, colaboraron con:

- **Reforma de los consultorios para adolescentes y jóvenes:** pintura, mobiliario, aire acondicionado.
- Suministro de pruebas de diagnóstico rápido de VIH, métodos anticonceptivos como preservativos masculinos, implantes subdérmicos e instrumentos para la inserción del DIU.
- **Capacitación del personal de salud responsable de la atención para adolescentes:** los servicios de salud son prestados por el personal médico y de enfermería de la comunidad, que vive en las comunidades donde se encuentran los centros de salud. Se impartió una capacitación inicial sobre la atención integral para adolescentes, el manejo de las pruebas de diagnóstico rápido, una visión general de la infección por el VIH, las estrategias de prevención para adolescentes, el manejo de la vía de transmisión para adolescentes que resulten positivos al VIH y/o a la sífilis, la consejería sobre anticoncepción y el manejo de los anticonceptivos específicos disponibles. La capacitación se hizo en un formato de formación de formaodres en el que el personal médico y de enfermería capacitado, brinda las capacitaciones sucesivas del personal de salud más nuevo. Esto permite el desarrollo de una red entre profesionales de la salud y demuestra que la calidad de la atención es posible y necesaria. El personal de salud se mantiene motivado al profundizar sus vínculos con la comunidad y convertirse en líder natural de esta.
- **Capacitación y sensibilización de adolescentes:** se identificaron líderes adolescentes en las escuelas. Para adolescentes fuera del sistema escolar, se establecieron vínculos con grupos comunitarios. Estas personas adolescentes reciben capacitación en un taller inicial sobre educación sexual integral con énfasis en la prevención de las ITS y el VIH, y se organizan comités de pares para cada espacio diferenciado que continúan recibiendo capacitación por parte del personal de salud y docentes. Los comités de pares apoyan el diseño y la realización de actividades de sensibilización y promoción de la salud.

- **Atención de salud para adolescentes y actividades de promoción de la salud:** las clínicas apoyadas por el proyecto proporcionan atención integral para adolescentes, entregando condones masculinos después de las actividades de sensibilización y enseñando a usarlos, dispensando otros anticonceptivos cuando están disponibles, realizando pruebas rápidas de VIH y sífilis, dando tratamiento a quienes dan positivo en las pruebas de sífilis y derivando de forma segura a personas especialistas a quienes dan positivo en las pruebas de VIH, además de proveer seguimiento y apoyo posterior.

- **Participación de la comunidad:** para promover los beneficios de tener sitios de atención para adolescentes en la comunidad es necesario el compromiso de las personas adultas significativas para que cualquier adolescente participe en estas actividades. Las personas líderes de la comunidad participaron en sesiones de sensibilización sobre temas clave como la sexualidad, la SSR, el VIH y otras ITS. También se llevan a cabo actividades comunitarias, como la participación en asambleas, charlas y jornadas de detección del VIH (siguiendo las normas de confidencialidad, consejería previa y posterior a la prueba de forma rigurosa).

- **Capacitación de docentes de las escuelas de los barrios aledaños a los centros de salud:** la educación integral en la sexualidad se imparte de acuerdo con las directrices del Ministerio de Educación. Este personal docente, a su vez, replica la información y apoya la selección de las personas líderes adolescentes que conforman los comités de promotores de pares. En las escuelas, con el apoyo de docentes capacitados, se llevan a cabo actividades de capacitación y concientización, y se establecen vínculos con el personal de salud, lo que permite la derivación y el intercambio de información pertinente.

Este proyecto comenzó en 2018 con la apertura de un centro de salud especializado para adolescentes en Puerto Cabello. Al año siguiente, en 2019, se abrieron espacios diferenciados en Brisas de Guataparo y Tocuyito. Luego, en 2020, se abrió una sede en San Luis. Estss cuatro espacios se encuentran en el estado de Carabobo, donde hay alrededor de 405,000 adolescentes[21].

De los cuatro espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes, tres de ellos están en pleno funcionamiento. El cuarto está disponibles, sin embargo, tiene un horario restringido por razones de seguridad.

Se capacitó al siguiente personal:

44 personas trabajadoras de salud

62 docentes

101 adolescentes promotores de pares

21 Situación de Salud Puerto Cabello 2018. https://docs.google.com/document/d/1bS29wGVMGSmo117pTJpH7ae07QgLBL5/edit#heading=h.gjdgxs

Los resultados de 2020 demuestran la popularidad y el éxito de los espacios difernciados para adolescentes y jóvenes:

4,894
adolescentes recibieron consultas de salud integral.

2,679
adolescentes se realizaron la prueba del VIH, **5 dieron positivo.**

578
adolescentes se realizaron las pruebas de sífilis, **9 dieron positivo.**

4,252
mujeres adolescentes recibieron un método anticonceptivo.

30,738
condones masculinos distribuidos.

310
adolescentes embarazadas fueron monitoreadas.

7,167

adolescentes participaron en charlas de sensibilización e información sobre temas de salud con énfasis en la SSR.

Datos recientes de los consultorios amigables para adolescentes y jóvenes de Puerto Cabello indican que desde 2018 los embarazos en adolescentes han disminuido en 40 %.

En el estado de Carabobo, gracias a la información generalizada sobre los servicios amigables para jóvenes, al compromiso de las autoridades de salud locales y al apoyo técnico del equipo de salud, se abrieron otras 16 espacios orientados a adolescentes y jóvenes sin apoyo financiero del UNFPA ni de ninguna otra organización.

El éxito de esta intervención ha permitido la apertura de espacios diferenciados para adolescentes y jóvenes con financiamiento de fondos UBRAF en otros dos estados durante el 2021. Estos estados fueron seleccionados por el Ministerio de Salud, y las capacitaciones y la implementación están siendo apoyadas por el personal de salud de las clínicas de Carabobo.

PAREJA ADOLESCENTE

Pareja de adolescentes que asisten a la consulta de atención diferenciada en el estado de San Luis-Carabobo.

Hombre: "Vinimos hace 10 meses, decidimos venir para aprender sobre los condones y cómo podemos cuidarnos como pareja, para tener un futuro mejor".
Mujer: "Tengo el dispositivo, me pusieron el dispositivo aquí, vinimos juntos".
Hombre: "La idea fue mía pero mi madre nos apoyó en eso, nos dijo que sería mucho mejor... nos trataron muy bien, nos tomaron el historial, nos preguntaron qué método anticonceptivo usábamos... decidimos venir aquí porque confiamos más en la doctora, la conocemos desde hace años, no nos sentimos bien hablando con extraños... en cinco años me veo graduado, ya con una profesión, luego teniendo hijos después de tener estabilidad económica que es lo primero... hemos participado en los talleres, siempre hablamos de las infecciones de transmisión sexual".
Mujer: "Aquí nos proporcionan condones, es una fuente más de ayuda, no tenemos suficiente dinero para comprar métodos anticonceptivos... estuvimos en una actividad con un video sobre métodos anticonceptivos, muchas personas adolescentes participaron".
Hombre: "Con la supervisión de los padres uno no se siente cómodo, es mejor hablar con el médico sin un representante".
Mujer: "No es lo mismo hablar con un primo, una amiga que con una persona que es especialista en medicina, o con la madre que te crio, pero no te sientes cómoda hablando del tema. No ha habido ninguna interrupción del servicio, obviamente con mascarilla y medidas de bioseguridad; pero siempre está abierto. Por la pandemia no estoy estudiando, estoy en proceso de conseguir un trabajo".

05. CONCLUSIONES

Este informe destaca un amplio abanico de experiencias nacionales centradas en la incidencia, la prevención, el tratamiento y la atención del VIH e ITS, entre ellas:

- Programación integral de condones femeninos en Costa Rica.
- Educación integral en la sexualidad y servicios adaptados a la juventud en Cuba; y servicios integrados adaptados a la juventud en Venezuela.
- Integración de los servicios de VIH con la atención prenatal en República Dominicana.
- Una campaña de comunicación de gran impacto a través de las redes sociales sobre el estigma y la discriminación en poblaciones LNOB en Perú.
- Respuestas humanitarias específicas a la pandemia por COVID-19 para la población de personas con VIH y LGBT en Argentina y Uruguay.
- Intervenciones comunitarias para llegar a las poblaciones migrantes y vulnerables en Brasil y Guyana.
- El desarrollo y la promulgación de leyes y reglamentos para proteger los derechos de las personas con VIH en Paraguay.

Hoy en día, se reconoce ampliamente que el futuro de una respuesta sostenible al VIH dependerá de la búsqueda de oportunidades para una integración estratégica entre el VIH y otros servicios de salud. El éxito de estas intervenciones demuestra la necesidad de integrar los programas de VIH y SSR, lo que podría llevar a garantizar una mayor calidad, un menor costo y un mejor uso de los servicios, especialmente para los grupos con mayores necesidades. Los vínculos bidireccionales entre las dos áreas significan que la acción en un área lleva a los beneficios en la otra. Estos vínculos surgen debido a que la salud sexual y reproductiva y las infecciones por VIH comparten causas comunes, como la pobreza, la desigualdad de género y discriminación de las poblaciones más vulnerables. Además, la mayoría de las infecciones por VIH se transmiten por vía sexual o están asociadas al embarazo, el parto y la lactancia. Del mismo modo, los servicios de SSR deficientes aumentan la vulnerabilidad de una persona al VIH.

Costa Rica emprendió una programación integral del condón al introducir el condón femenino en la canasta de anticonceptivos del sector público. Dado que el VIH se propaga principalmente a través de las relaciones sexuales sin protección, el cambio de comportamiento para promover prácticas sexuales más seguras, incluido el uso del condón, es por tanto fundamental para controlar la epidemia.

Los condones masculinos y femeninos son fundamentales porque actualmente son los únicos métodos de barrera que protegen contra las ITS, incluido el VIH. El uso correcto y sistemático del condón es uno de los medios más eficaces para prevenir la transmisión sexual del VIH, y debe estar en el centro de cualquier estrategia de prevención.

Además, la experiencia ha demostrado que las acciones para aumentar la adopción y el uso de métodos de barrera eficaces tienen más éxito y son más sostenibles cuando forman parte de un esfuerzo estratégico, coordinado y global de programación del uso del condón.

Las repercusiones derivadas de la pandemia por COVID-19 en las poblaciones vulnerables, como las personas con VIH y las personas LGBT, son complejas. Tanto Argentina como Uruguay ofrecieron una respuesta humanitaria a las personas que viven con VIH y a la población LGBT, respectivamente, durante el inicio de la pandemia de COVID-19. En cada caso, se proporcionaron suministros básicos, como comida y medicinas. La iniciativa uruguaya también pudo proporcionar alojamiento temporal. Estos esfuerzos demuestran la necesidad apremiante de abordar las desigualdades que alimentan la doble pandemia por VIH y por COVID-19, lo cual incluye un mayor apoyo a las organizaciones de la sociedad civil, así como la creación de redes, como lo demuestra la Red de Personas que Viven con VIH de Buenos Aires.

Las iniciativas de la sociedad civil y de las comunidades son esenciales para llegar a las personas más vulnerables. En Brasil y Guyana, las actividades de divulgación con personas educadoras de pares se centraron en poblaciones clave (HSH, población transgénero, personas migrantes y refugiadas de Venezuela[22], personas trabajadoras sexuales y personas sin hogar) y se dirigieron a las zonas donde es más probable que se congreguen. La movilización de la comunidad mediante personas educadoras de pares es un recurso valioso, ya que llega a las personas con servicios que tienen dificultades para acceder al sistema de salud formal.

Es imperativo eliminar la discriminación y la violencia hacia las personas que viven con VIH y los grupos de población clave. Dada la estrecha relación entre el estigma, la discriminación y los derechos humanos, se necesitan esfuerzos que aborden estos aspectos. Son necesarios marcos legales que promuevan la protección y el empoderamiento de estos grupos.

En Perú, se llevó a cabo una campaña de comunicación centrada en los grupos que se sabe que son más vulnerables al estigma relacionado con el VIH, entre los que se encuentran las personas en situación de pobreza o las personas trabajadoras informales, las minorías étnicas y las personas de género u orientación sexual que pueden ser reprendidas por su preferencia sexual debido a factores religiosos y socioculturales. Las campañas educativas son esenciales para ayudar a prevenir la propagación del VIH.

---

22 Las poblaciones migrantes también son una prioridad en países cuyos contextos geográficos, económicos y culturales han colocado a estas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, en particular en la República Bolivariana de Venezuela, que ha contribuido a una crisis de personas refugiadas en la región.

El uso del marco legal para promover los derechos humanos en el contexto del VIH tiene mucho que ofrecer. Es necesario emprender acciones para abordar o corregir la situación cuando el estigma persiste y se traduce en acciones discriminatorias que provocan consecuencias negativas o la negación de derechos o servicios y, por tanto, violaciones de los derechos humanos. En Paraguay, se creó un marco legal complementario para acompañar la implementación de la Ley 3940/09. La Ley garantiza el pleno ejercicio de todos los derechos a las personas con VIH, pero no había ningún mecanismo para su correcta implementación. La Fundación Vencer, junto con el Ministerio de Salud, crearon las resoluciones necesarias para acompañar la Ley.

La diversidad de los programas ofrecidos y de las poblaciones atendidas pone de manifiesto las múltiples caras de la epidemia de VIH en la región. Es más, las estrategias utilizadas por las ONG para superar las barreras de la prevención son un testimonio de su ingenio y compromiso.

En cada una de estas experiencias y abordajes se destaca el trabajo coordinado, intersectorial, interdisciplinario y multidimensional. Las perspectiva de género, el enfoque de derechos, interseccional y generacional también son aspectos destacables, así como los esfuerzos de diferentes organismos por encontrar respuestas y soluciones a situaciones dónde el VIH fue solo la punta del iceberg, para el abordaje de otras necesidades. La integralidad de las intervenciones es precisamente el destacable más relevante, y una de las lecciones aprendidas para futuras acciones en la línea de prevención del VIH desde la salud sexual y reproductiva y derechos.

En este camino hacia la consolidación y el fortalecimiento de la labor fundamental del UNFPA en la prevención del VIH y las ITS de manera integral, coordinada y orientada a los resultados, es importante destacar el potencial de estas intervenciones, y la necesidad de continuar monitoreándolas y evaluándolas para proporcionar datos suficientes y sólidos para acompañar la prevención y reducción del VIH en nuestra región.

06. REFERENCIAS

Asociación venezolana para una educación sexual alternativa. Higiene menstrual y demanda de anticoncepción. Situación diferenciada de las mujeres en la emergencia humanitaria en Venezuela. 2020
(https://avesawordpress.files.wordpress.com/2020/08/higiene-menstrual-ss-y-demanda-anticoncepcion.-estudio-completo.pdf)

Caja Costarricense de Seguro Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas Costa Rica. Estudio de aceptabilidad del condón femenino en población transfronteriza habitante de Upala y población urbana de San José. 2012. San José, Costa Rica: CCSS, UNFPA Costa Rica.

Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), The sociodemographic impacts of the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean (LC/CRPD.4/3), Santiago, 2022

EN PELIGRO: ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2022 Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2022.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), UNAIDS Data 2021.
(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf)

MINSAP/Prosalud. Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis en Cuba. 2019.
(Disponible en: http://legislacion.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=682)

ONEI (2020). Encuesta Nacional a Personas que viven con VIH en Cuba. 2018. Edición 2020. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/publicacion_encuesta_pvv_2018_final.pdf

ONUSIDA Venezuela.
(https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela). 2020

Risquez, Francisco Alejandro & Drummond, Tatiana. Prevalencia de VIH y comportamiento sexual en adolescentes que acuden a las Consultas Diferenciadas y Unidades Educativas cercanas a Caracas, Puerto Cabello (Estado Carabobo) y Soledad (Estado Anzoátegui). ONUSIDA & UNFPA. Octubre 2020. (https://venezuela.unfpa.org/es/publications/prevalencia-de-vih-y-comportamiento-sexual-en-adolescentes-que-acuden-las-consultas)

Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. HIV e Aids:2020. Número Especial | Dez. 2020

Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV Aids. Julho de 2017 a junho de 2018

Situación de Salud Puerto Cabello 2018.
(https://docs.google.com/document/d/1bS29wGVMGSmo117pTJpH7ae07QgLBL5/edit#heading=h.gjdgxs)

ONUSIDA Cuba.
(https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/cuba)

ONUSIDA República Dominicana.
(https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/dominicanrepublic)

UNAIDS epidemiological estimates, 2021
(https://aidsinfo.unaids.org/)

UNFPA-Perú.
(https://peru.unfpa.org/en/news/unfpa-peru-was-2021-cannes-lions-shortlisted-nodarisa-its-not-funny-campaign)

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Plan estratégico del UNFPA, 2022-2025 (DP/FPA/2021/8). Julio 2021

Fondo de Población de las Naciones Unidas - Venezuela.
(https://www.unfpa.org/es/data/VE)

Diseño y diagramación
Pick - Nic Laboratorio Creativo SAC

Publicación de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Copyright © UNFPA. Todos los derechos reservados. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente: UNFPA (2022). Contribución del UNFPA a la programación del VIH en América Latina y EL Caribe. Aspectos destacados y lecciones aprendidas en el terreno.

UNFPA