

Hacer frente a la discriminación

Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH
en centros de atención de la salud y más allá



Contenido

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 2 |
| Barreras causadas por el estigma y la discriminación en toda la cascada de servicios | 4 |
| La cascada de pruebas y tratamiento | 4 |
| La cascada de prevención | 16 |
| Eliminar el estigma y la discriminación y garantizar el acceso a la cascada de servicios | 32 |
| Situación a las personas en el centro de servicios de salud | 32 |
| Comprometer a los trabajadores de la salud | 34 |
| Crear un entorno legal habilitante para que las personas accedan a la atención de la salud | 38 |
| Fortalecer la rendición de cuentas para la atención de la salud sin discriminación | 41 |
| Es hora de terminar con la discriminación en el sector de la salud | 48 |
| Referencias | 50 |

Introducción

Los temores irracionales a la infección por el VIH, así como las actitudes y juicios negativos hacia las personas que viven con el VIH persisten a pesar de décadas de campañas de información pública y otros esfuerzos de sensibilización. Las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH enfrentan altos niveles de estigma debido, entre otras cosas, a su género, orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o comercio sexual. El estigma hacia las personas que viven con el VIH o corren el riesgo de contraerlo provoca actos de discriminación en todos los sectores de la sociedad, desde los funcionarios públicos, los agentes de policía y los trabajadores de la salud hasta el lugar de trabajo, las escuelas y las comunidades. En muchos países, las leyes y políticas discriminatorias refuerzan un entorno de violencia y marginación. Este estigma y discriminación desaniman a la gente a acceder a los servicios de atención sanitaria, incluidos los métodos de prevención del VIH, conocer su estado serológico respecto del VIH, inscribirse en la atención médica y seguir un tratamiento.

"Las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas".

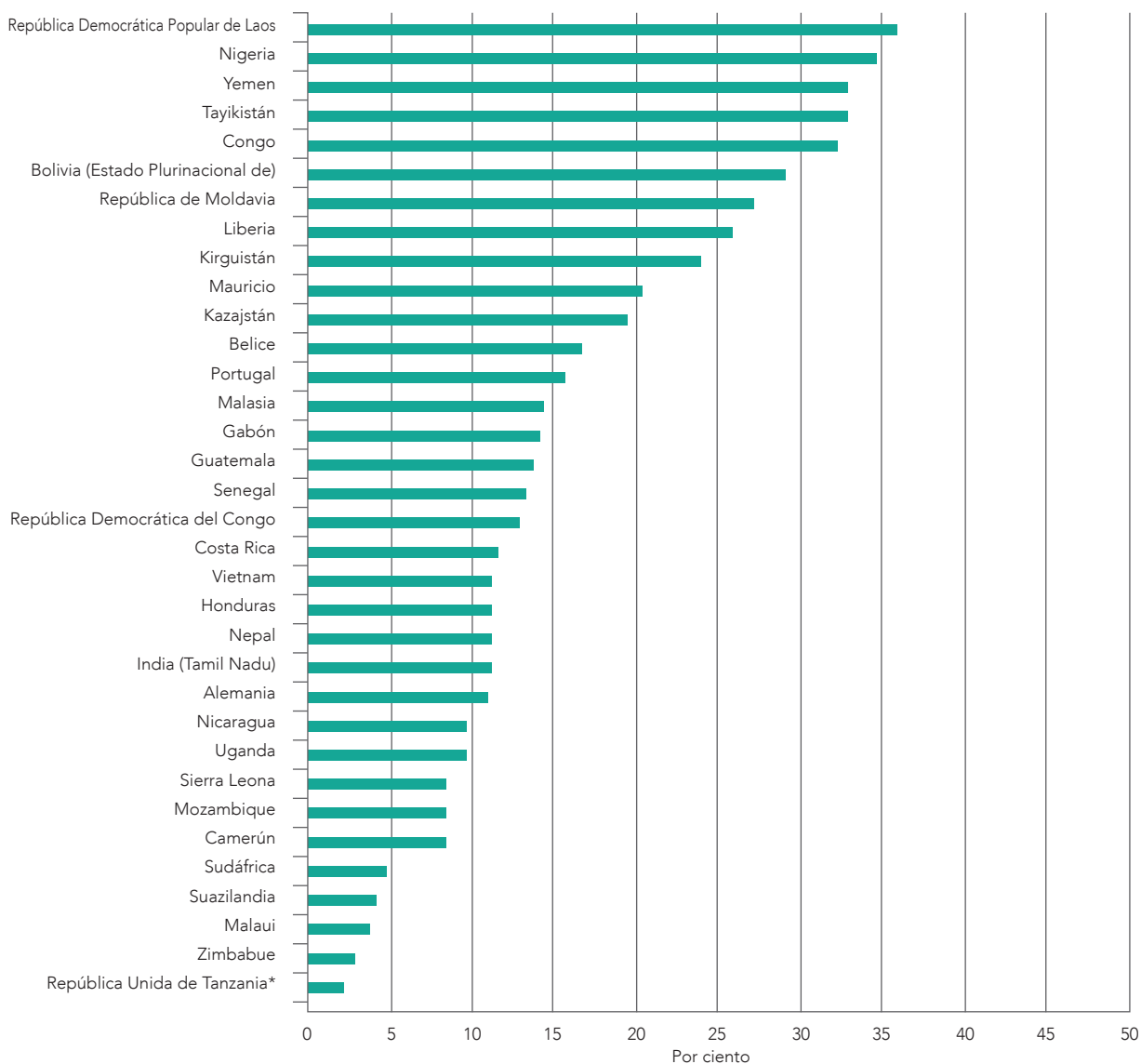
Los estudios sobre el estigma y la discriminación, así como el comportamiento de demanda de atención de salud, muestran que las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas (1). En ocho países con datos disponibles, más de una cuarta parte de las personas que viven con el VIH informaron que habían evitado acudir a una clínica local en los últimos 12 meses debido a su estado serológico respecto del VIH (Figura 1) (2). Tales temores también desalientan la aceptación de los servicios de prevención y pruebas. Por ejemplo, el miedo al estigma y la discriminación relacionados con el VIH que pueden resultar de un resultado de prueba VIH-positivo y que se revele ese resultado a otros, ya sea mediante la autodivulgación o de otra manera, se ha identificado como un desincentivo a las pruebas de VIH en un rango de escenarios (3, 4).

En 2015, la comunidad mundial se comprometió a poner fin a la epidemia del SIDA como amenaza para la salud pública para el año 2030, como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Es un objetivo ambicioso pero alcanzable. La ampliación de los servicios más eficaces para prevenir la infección por el VIH y tratar a personas que viven con el VIH ya experimentó un descenso global del 32% en muertes relacionadas con el SIDA y un descenso global del 16% en nuevas infecciones por el VIH entre 2010 y 2016; y 2016 también marcó la primera vez que más de la mitad (53% [39 a 65%]) de todas las personas que viven con el VIH tenían acceso a la terapia antirretroviral(5). Sin embargo, estos logros no se distribuyen por igual, y los grupos que enfrentan discriminación a menudo se quedan atrás, en muchos casos con miedo o enfrentando la discriminación, lo que los aleja aún más del acceso a los servicios que necesitan. Encausar al mundo para acabar con el SIDA como una amenaza para la salud pública para el año 2030 requiere un esfuerzo mundial constante para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH junto con esfuerzos más amplios para abordar la marginación y la exclusión en la atención de la salud.

Este informe compila el último cuerpo de evidencia sobre cómo el estigma y la discriminación crean barreras a través de las cascadas de pruebas, tratamiento y prevención del VIH y reducen el impacto de la respuesta ante el SIDA. El informe también reúne las prácticas óptimas para enfrentar el estigma y la discriminación, al proporcionar un recurso valioso para los directores de programas, los responsables de la formulación de políticas, los proveedores de atención de salud y las comunidades. La evidencia muestra que el establecimiento de modelos de prestación de servicios centrados en las personas, marcos jurídicos y normativos de apoyo, mecanismos de monitorización y aplicación, así como capacitación de sensibilización para los trabajadores de la salud y otros garantes de derechos, pueden promover la inclusión y aumentar el acceso a los servicios.

Evitación de la clínica local debido al estado serológico respecto del VIH

Figura 1. Un porcentaje de personas que viven con el VIH que dicen haber evitado ir a una clínica local en los últimos 12 meses debido a su estado serológico respecto del VIH, países con datos disponibles, 2011 a 2016



Fuente: Encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

Barreras causadas por el estigma y la discriminación en toda la cascada de servicios

Una mayor apreciación de los beneficios preventivos y terapéuticos de los medicamentos antirretrovirales inspiró el desarrollo de la cascada de pruebas y tratamiento del VIH, que también se conoce como la continuidad de la atención del VIH. La cascada rastrea el avance de las pruebas de VIH a la supresión de la carga viral duradera entre las personas que viven con el VIH, y guía los programas de VIH para alcanzar los objetivos 90-90-90: el 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico respecto del VIH, el 90% de las personas que conocen su estado VIH-positivo están teniendo acceso a la terapia antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento han suprimido la carga viral.

En los últimos años, se han desarrollado cascadas similares para administrar los programas de prevención del VIH a nivel local y nacional. En la India, por ejemplo, el análisis de la cascada de prevención muestra que casi el 90% de las mujeres profesionales del sexo recibió al menos un servicio en los últimos 12 meses, pero solo seis de cada 10 se contactaron dos veces, según los estándares del programa (6). Solo el 52% recibió chequeos de detección de infecciones de transmisión sexual en los últimos tres meses (6).

Estas cascadas revelan el tamaño de las deficiencias del servicio y cómo estas deficiencias se combinan para limitar el impacto general de un programa, pero no revelan la causa de estas deficiencias. Las siguientes secciones documentan las barreras para acceder a los servicios de atención sanitaria causados por el estigma y la discriminación a través de las cascadas de prevención, pruebas y tratamiento. Estas barreras pueden ser legales, sociales, políticas, culturales, actitudinales o económicas, y todas ellas afectan la accesibilidad y la aceptación de los servicios de atención sanitaria para las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave. Enfrentar estas barreras, reducir el estigma y la discriminación, y empoderar a las personas que necesitan los servicios será crucial para alcanzar los objetivos de cobertura del servicio dentro de la Declaración política del 2016 de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA y finalmente poner fin al SIDA como amenaza para la salud pública para 2030.

La cascada de pruebas y tratamiento

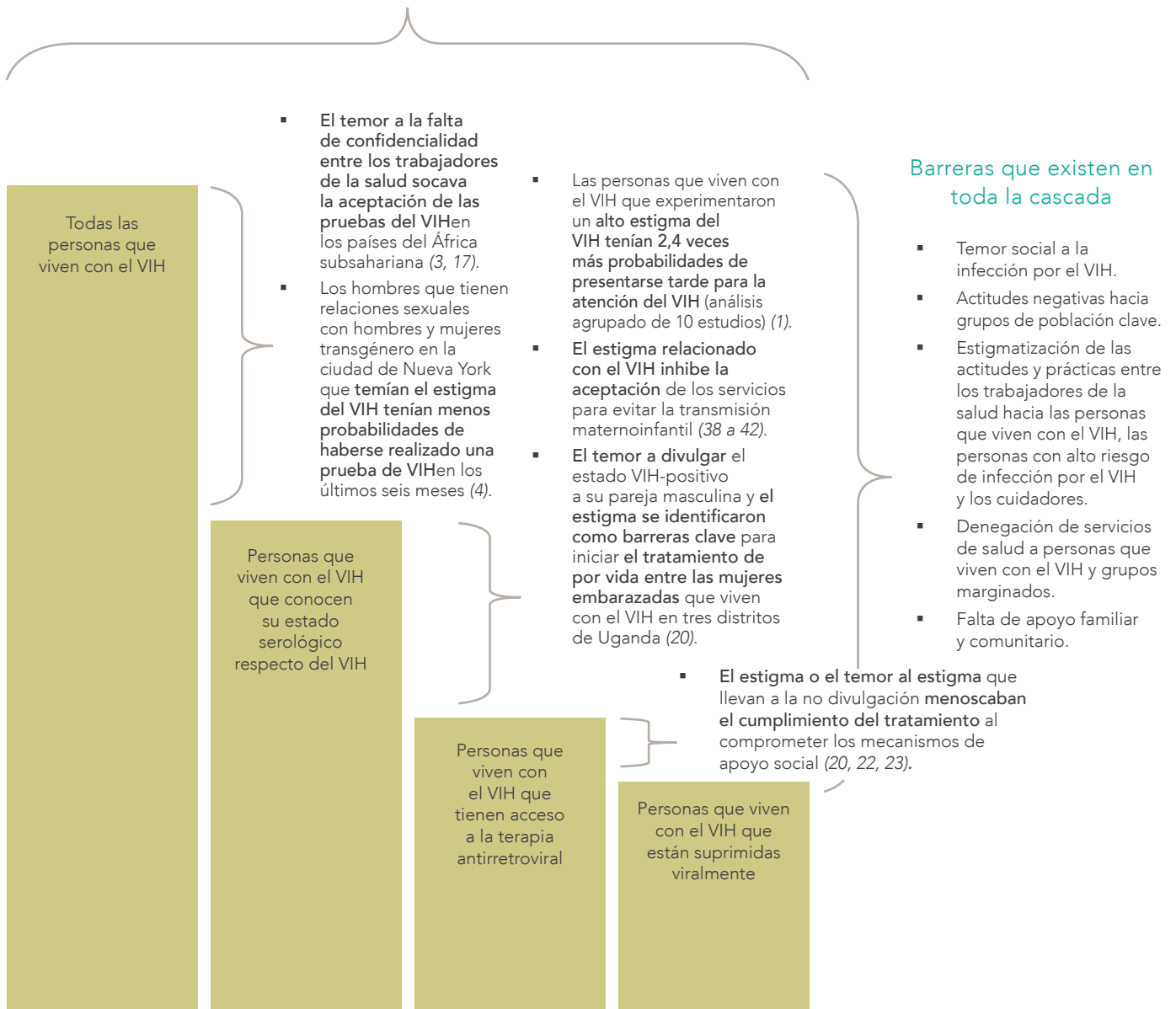
Los sistemas públicos y privados de atención de la salud proveen con mayor frecuencia los servicios de pruebas y tratamiento del VIH. Cuando los sistemas de salud o los trabajadores de la salud adoptan actitudes y prácticas de estigmatización o discriminan a las personas que viven con el VIH o a las personas con alto riesgo de infección por el VIH, es menos probable que estas accedan a los servicios y se obstaculizan los esfuerzos para alcanzar los objetivos de tratamiento 90-90-90 (Figura 2).

¹ Los servicios de prevención pueden incluir, entre otros, el suministro de preservativos, chequeos de detección de infecciones de transmisión sexual y educación sobre salud sexual y reproductiva.

El estigma, la discriminación y la cascada de pruebas y tratamiento

Figura 2. Ejemplos de estigma y discriminación que crean deficiencias en la cascada de pruebas y tratamiento del VIH

Ejemplos de barreras específicas para un paso de la cascada

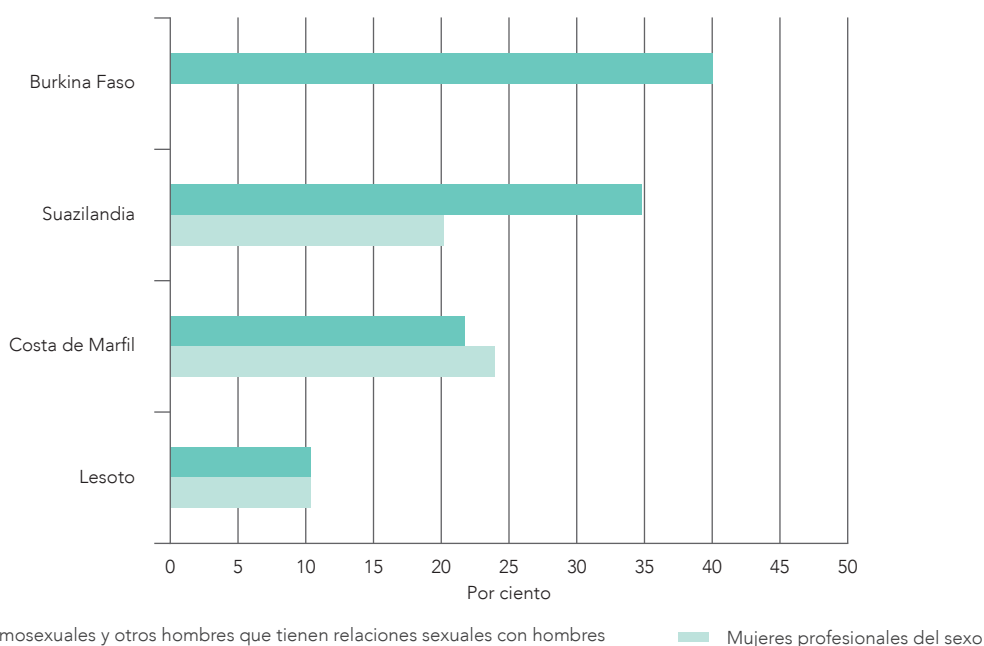


Por ejemplo, las mujeres transgénero en Argentina que anteriormente habían experimentado discriminación en los centros de la salud (ya sea por parte de trabajadores de la salud u otros pacientes) tenían tres veces más probabilidades de evitar los servicios de atención sanitaria que las mujeres transgénero que no habían experimentado previamente discriminación en la atención de la salud (7). De hecho, el 40,7% de los encuestados informó en general que habían evitado buscar atención de la salud debido a su identidad transgénero (7).

Un estudio entre mujeres profesionales del sexo en la calle en San Petersburgo, Federación de Rusia, encontró que al 30% se le negó la atención médica, y el 58% dijo que no habían ido a un médico cuando era necesario porque estaban preocupadas de que los médicos las trataran mal (8). Del mismo modo, las mujeres profesionales del sexo en Kenia que anticiparon el estigma de los trabajadores de la salud tenían el doble de probabilidades de evitar los servicios de salud no relacionados con el VIH (9). Las encuestas realizadas en cuatro países del África subsahariana también mostraron que el porcentaje de personas de grupos de población clave que viven con el VIH que evitan o retrasan la atención médica debido al temor al estigma de los proveedores de atención de salud puede ser sustancial: oscilan entre el 10 y el 40% de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y entre el 10 y el 23% o más de mujeres profesionales del sexo en Burkina Faso, Costa de Marfil, Lesoto y Suazilandia (Figura 3) (10).

Evitación de la atención de la salud por temor al estigma

Figura 3. Porcentaje de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres profesionales del sexo que tomaron la decisión de evitar o demorar la atención de la salud debido al temor a la estigmatización de los proveedores de atención de salud, países seleccionados, 2013



Fuente: Informes integrados de vigilancia biológica y conductual, 2013 a 2016.

Las encuestas realizadas a los proveedores de atención de salud indican que los temores de las personas que viven con el VIH (y las personas que sospechan que pueden estar viviendo con el VIH) a menudo están bien fundamentados. El estigma relacionado con el VIH y los actos de discriminación contra las personas que viven con el VIH informados por los proveedores de atención de salud incluyen los siguientes:

- Falta de voluntad para atender a pacientes que viven con el VIH.
- Provisión de una peor calidad de atención a los pacientes que viven con el VIH (en comparación con otros pacientes).
- Divulgación del estado serológico respecto del VIH sin permiso del paciente.
- Derivación de pacientes con VIH porque los trabajadores no quieren tratarlos.

En Tailandia, las encuestas realizadas en 2013 a proveedores de atención de salud en dos provincias revelaron que el 32,2% y el 40,9%, respectivamente, de los trabajadores informaron estar preocupados por tocar la vestimenta, la ropa de cama o las pertenencias de personas que viven con el VIH. Del mismo modo, el 58,2% y el 63,4%, respectivamente, se preocuparon por curar las heridas de las personas que viven con el VIH, y el 61% y 66,2%, respectivamente, se preocuparon por extraer sangre de las personas que viven con el VIH (11). Al mismo tiempo, el 48% y el 55,4%, respectivamente, dijeron que generalmente usaban precauciones innecesarias cuando brindaban atención a personas que viven con el VIH, mientras un 34% y 42,2%, respectivamente, usaban guantes dobles (11).

Medición del estigma relacionado con el VIH dentro de la población general

Una medida común de las actitudes discriminatorias utilizadas en los estudios poblacionales a nivel mundial es si una persona compraría o no vegetales a un tendero que vive con el VIH, una acción que no tiene absolutamente ningún riesgo de transmisión del VIH. Los datos de las encuestas realizadas entre 2011 y 2016 en 47 países de siete regiones muestran amplias variaciones en el porcentaje de personas que expresan actitudes discriminatorias (Tabla 1). Los países donde se realizaron encuestas múltiples muestran disminuciones a lo largo del tiempo (12). En África oriental y meridional, por ejemplo, el porcentaje de personas que no compraría vegetales a un tendero que vive con el VIH disminuyó del 53,8% entre 2003 y 2008 al 36,2% entre 2010 y 2016. En África occidental y central, la disminución de las actitudes discriminatorias ha sido menos marcada, del 62% entre 2003 y 2008 al 50,7% entre 2010 y 2016. En general, sin embargo, las actitudes discriminatorias persisten a nivel mundial: la mitad de los hombres y mujeres (entre 15 y 49 años) en los 47 países donde se realizaron encuestas indicaron que no comprarían vegetales a un tendero que vive con el VIH (12).

Tabla 1. Porcentaje de hombres y mujeres entre 15 y 49 años que no comprarían vegetales a un tendero que vive con el VIH, países con datos disponibles, 2011 a 2016

| 75 a 100% | 50 a 74% | 25 a 49% | 0 a 24% |
|-----------|---------------------------------------|---------------------------------|------------|
| Egipto* | Afganistán | Bangladesh* | Argentina* |
| Guinea | Benín | Belice | Barbados* |
| Irak* | Bosnia y Herzegovina | Camerún | Botsuana |
| Jordania* | Comoras | Chad | Camboya |
| Yemen* | Etiopía | Congo | Cuba |
| | Gambia | Costa Rica* | Kenia |
| | Ghana | Costa de Marfil | Lesoto |
| | Haití | República Democrática del Congo | Malawi |
| | Indonesia | República Dominicana | Namibia |
| | Jamaica | Gabón | Ruanda |
| | Kazajstán | Honduras | Zambia |
| | Kirguistán | Mali | Zimbabue |
| | República Democrática Popular de Laos | Mozambique | |
| | Liberia | Nepal | |
| | Mauritania* | Nigeria | |
| | Montenegro | Paquistán | |
| | Myanmar | Perú* | |
| | Níger | Togo | |
| | República de Moldavia | Uganda | |
| | Senegal | Vietnam* | |
| | Sierra Leona | | |
| | Tayikistán* | | |
| | Túnez* | | |
| | Ucrania | | |

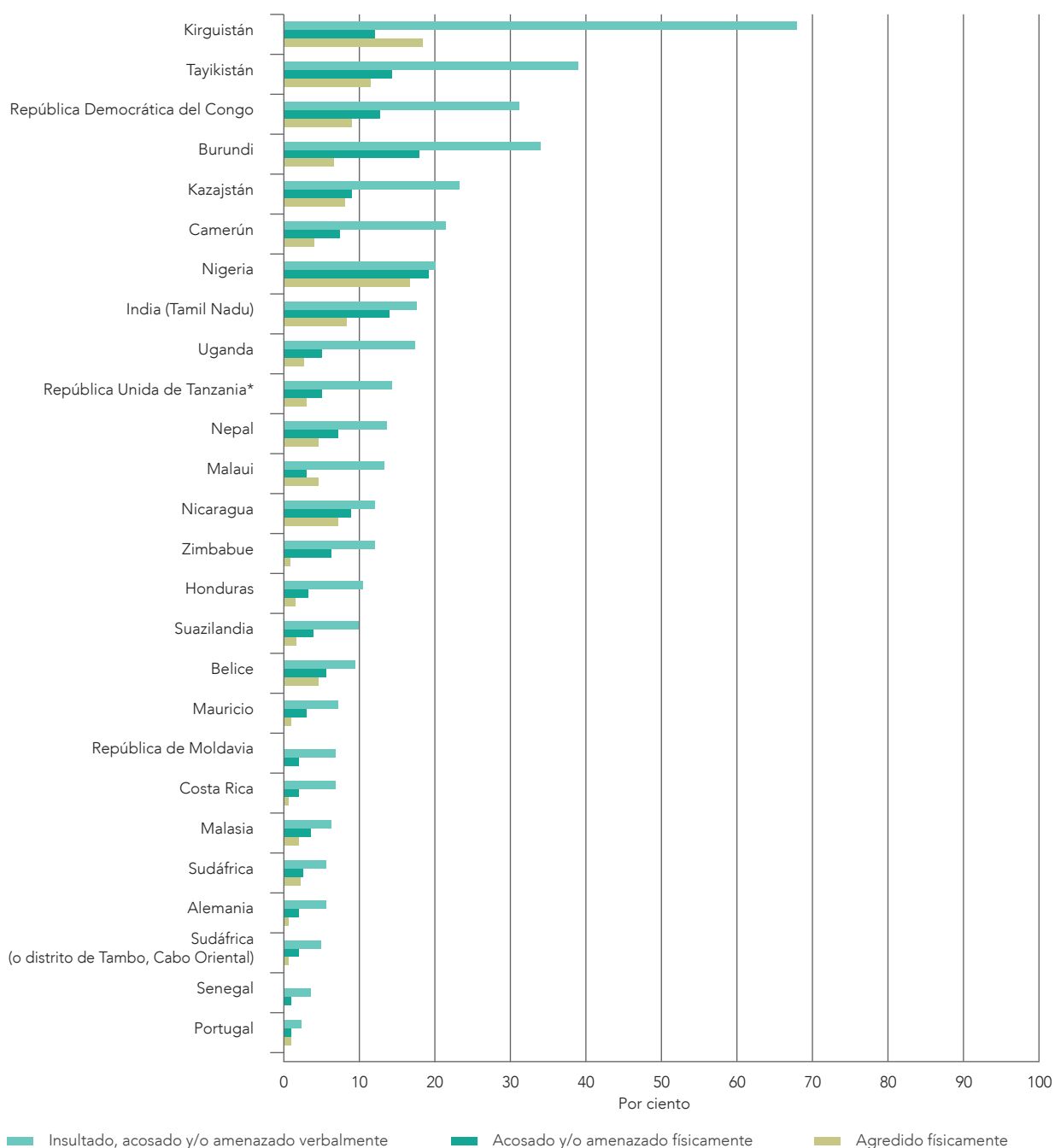
Fuente: Estudios poblacionales, 2011 a 2016.

*Solo mujeres encuestadas

La violencia que experimentan las personas que viven con el VIH debido a su estado serológico con respecto del VIH es alarmantemente prevalente en gran parte del mundo (Figura 4) (2). La violencia perjudica directamente a las personas que viven con el VIH, y la amenaza de la violencia los desalienta a revelar su estado serológico con respecto del VIH a sus parejas, familiares, trabajadores de la salud y la comunidad. Ocultar el estado VIH-positivo limita las oportunidades para recibir apoyo y atención vitales, los cuales son particularmente cruciales para el inicio del tratamiento y su cumplimiento.

Violencia a la que se enfrentan las personas que viven con el VIH

Figura 4. Porcentaje de personas que viven con el VIH que experimentaron diferentes formas de violencia debido a su estado serológico respecto del VIH al menos una vez en los últimos 12 meses, países con datos disponibles, 2011 a 2016



Fuente: Encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

Índice de estigma en personas que viven con el VIH

El índice de estigma en personas que viven con el VIH es una encuesta que mide el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH. La encuesta la realizan personas que viven con el VIH, lo que permite a las comunidades generar datos y utilizarlos para abogar por medidas más enérgicas contra el estigma y la discriminación. Desde 2008, se han llevado a cabo índices de estigma en más de 90 países (13).

Los conjuntos completos de datos de encuestas realizadas en 19 países se han puesto a disposición del ONUSIDA. En conjunto, estos 19 países representan aproximadamente el 23% del número estimado de personas que viven con el VIH a nivel mundial en 2016.² Los análisis de estos datos encontraron lo siguiente:

- Aproximadamente una de cada cinco personas que viven con el VIH informó haber evitado ir a una clínica local u hospital debido a su estado serológico con respecto del VIH (es decir, temían el estigma o la discriminación relacionados con su estado serológico con respecto del VIH).
- Una cuarta parte de las personas que viven con el VIH informaron haber experimentado alguna forma de discriminación en la atención de la salud.³
- Aproximadamente una de cada tres mujeres que viven con el VIH informó haber experimentado al menos una forma de discriminación relacionada con su salud sexual y reproductiva en centros de atención de la salud.⁴
- Aproximadamente una de cada cinco personas que viven con el VIH informó que se le negó la atención de la salud (incluida la atención odontológica, los servicios de planificación familiar o los servicios de salud sexual y reproductiva) (2).

Cabe señalar que la mayoría de las encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH reclutan participantes a través de proveedores de servicios de VIH. Esto sugiere que algunos encuestados pueden tener más probabilidades que la población general de personas que viven con el VIH de acceder a los servicios de salud, independientemente de su temor al estigma o experiencias de discriminación u otros elementos disuasivos. Por lo tanto, estas cifras pueden subestimar la escala de evitación de atención de la salud entre las personas que viven con el VIH.

² Los 19 países son Belice, Burundi, Camerún, Costa Rica, República Democrática del Congo, Alemania, Honduras, Malawi, Malasia, Mauricio, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Portugal, República de Moldavia, Senegal, Suazilandia, Uganda y Zimbabue.

³ Estos encuestados informaron uno o más de los siguientes: se les negó la atención de la salud en los últimos 12 meses debido al estado serológico respecto del VIH y se les obligó a someterse a un procedimiento médico o de salud en los últimos 12 meses debido al estado serológico respecto del VIH (incluidas las pruebas del VIH), o un profesional de la salud informó a otras personas sobre su estado serológico respecto del VIH sin su consentimiento.

⁴ Estos encuestados informaron haber experimentado al menos uno de los siguientes: un profesional de la salud les aconsejó no tener un hijo debido a su estado VIH-positivo, se les condicionó el acceso al tratamiento antirretroviral al uso de ciertas formas de anticoncepción y se les negaron los servicios de salud sexual y reproductiva en los últimos 12 meses debido a su estado serológico con respecto del VIH.

Evitación de las pruebas del VIH

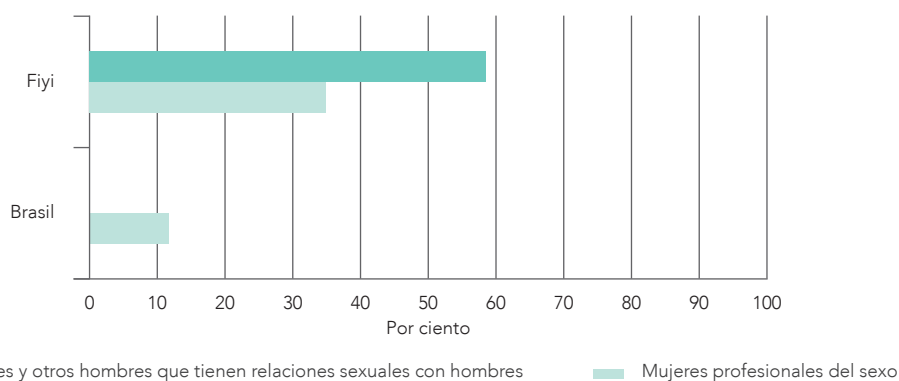
Dado que el riesgo de contraer el VIH es alto entre los grupos de población clave, las pruebas periódicas del VIH entre estos grupos son fundamentales para el diagnóstico temprano y el inicio rápido del tratamiento y la supresión de la carga viral. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las pruebas del VIH recomiendan que las personas con alto riesgo de contraer el VIH, en particular los grupos de población clave, deben volver a realizarse la prueba al menos cada 12 meses (14).

"Una cuarta parte de las personas que viven con el VIH informaron haber experimentado alguna forma de discriminación en la atención de la salud".

Sin embargo, los datos de numerosos países muestran que muchos dentro de los grupos de población clave evitan las pruebas del VIH. Por ejemplo, más del 10% de las mujeres profesionales del sexo en Brasil informaron haber evitado las pruebas del VIH debido al temor a la estigmatización de los proveedores de atención de salud; en Fiji, ese número ascendió al 60% de las mujeres profesionales del sexo y más del 30% de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Figura 5). De manera similar, un estudio realizado entre personas consumidoras de drogas inyectables en Tailandia descubrió que los encuestados tenían casi siete veces más probabilidades de evitar las pruebas del VIH si los trabajadores de la salud les habían negado anteriormente el tratamiento o los servicios (15).

Evitación de las pruebas del VIH por temor o estigma

Figura 5. Porcentaje de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres profesionales del sexo que evitaron la prueba del VIH debido al temor al estigma de los proveedores de atención de salud, Fiji y Brasil, 2014 a 2016



Fuente: Informes integrados de vigilancia biológica y conductual, 2014 a 2016.

La confidencialidad concierne a las pruebas de disuasión

El miedo a un resultado positivo de la prueba y el futuro estigma relacionado con el VIH es una poderosa fuerza disuasiva para las pruebas del VIH. Al igual que toda la información del paciente, los resultados de una prueba de VIH deben ser confidenciales por parte de los trabajadores de la salud: las violaciones de la confidencialidad socavan la confianza y tienen un impacto muy real en la voluntad de la gente a hacerse una prueba de VIH. Las preocupaciones sobre la confidencialidad de las pruebas del VIH y los resultados de las pruebas se han identificado como una barrera clave para acceder a las pruebas del VIH en todas las regiones (16–18).

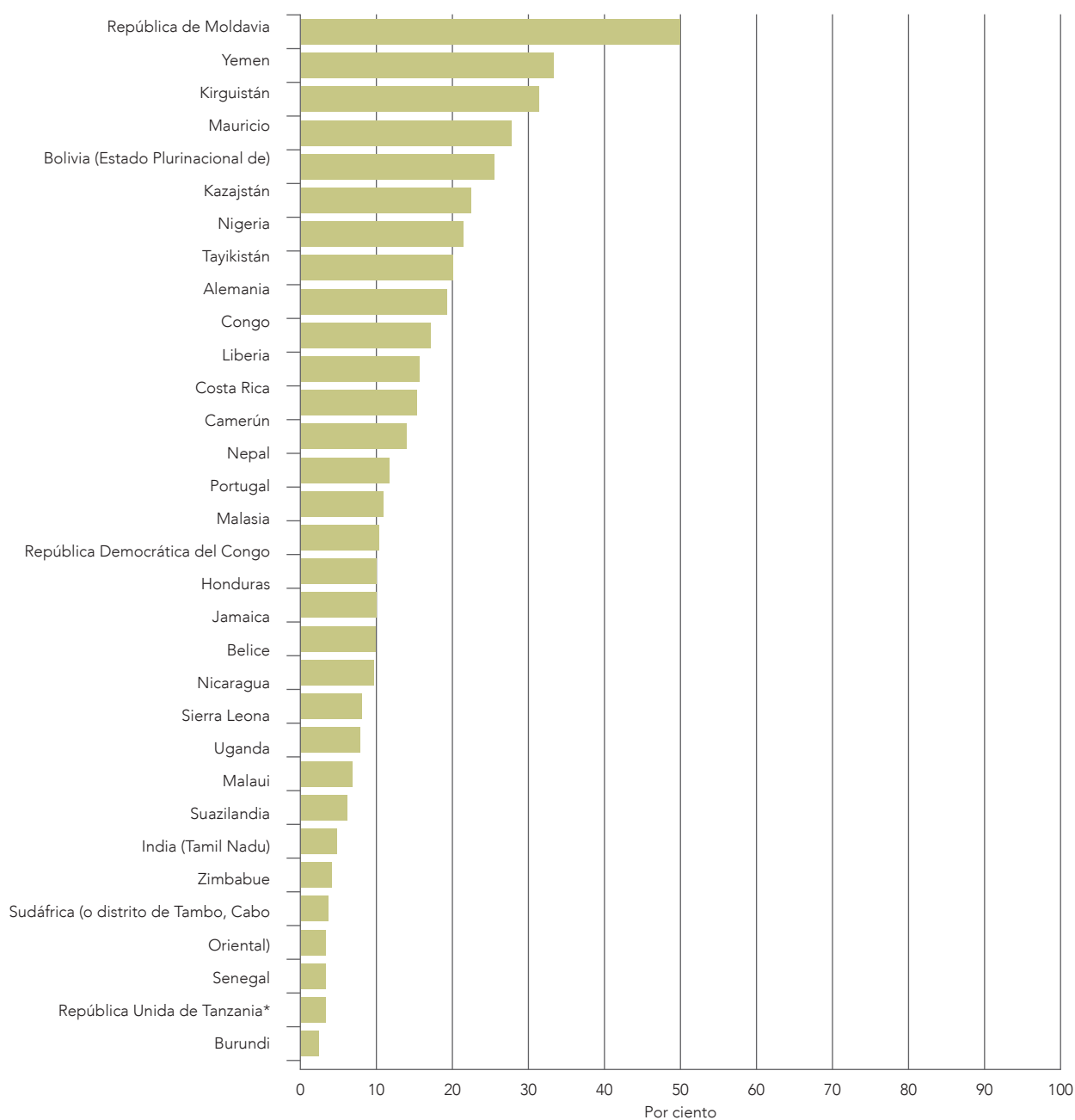
Una revisión sistemática de los estudios realizados en el África subsahariana encontró que los temores al estigma y a la discriminación que podrían derivarse de una posible violación de la confidencialidad incluyen miedo a la exclusión social, pérdida de apoyo social y parejas sexuales, relaciones maritales tensas (que pueden dar lugar al abandono, divorcio o violencia) y menores posibilidades de casarse (3). Ser visto en un centro de pruebas del VIH también se percibió como reflejo de promiscuidad sexual y un estado VIH-positivo (3).

También se descubrió que el temor al estigma relacionado con el VIH debido a una posible divulgación del estado VIH-positivo es un impedimento para las pruebas del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero en la ciudad de Nueva York. Un mayor estigma del VIH se asoció con una menor probabilidad de haberse realizado una prueba del VIH en los últimos seis meses, donde el 32% de los participantes del estudio informaron que no se habían realizado la prueba del VIH en los últimos seis meses (4).

Las violaciones de la confidencialidad en los centros de atención de la salud ocurren con alarmante frecuencia en algunos países. En siete de los 31 países con datos disponibles, una de cada cinco personas que viven con el VIH informó que un trabajador de salud había divulgado su estado serológico con respecto del VIH sin consentimiento (Figura 6) (2).

Violaciones de confidencialidad

Figura 6. Porcentaje de personas que viven con el VIH que informaron que un profesional de la salud había divulgado el estado serológico respecto del VIH sin consentimiento, países con datos disponibles, 2011 a 2016



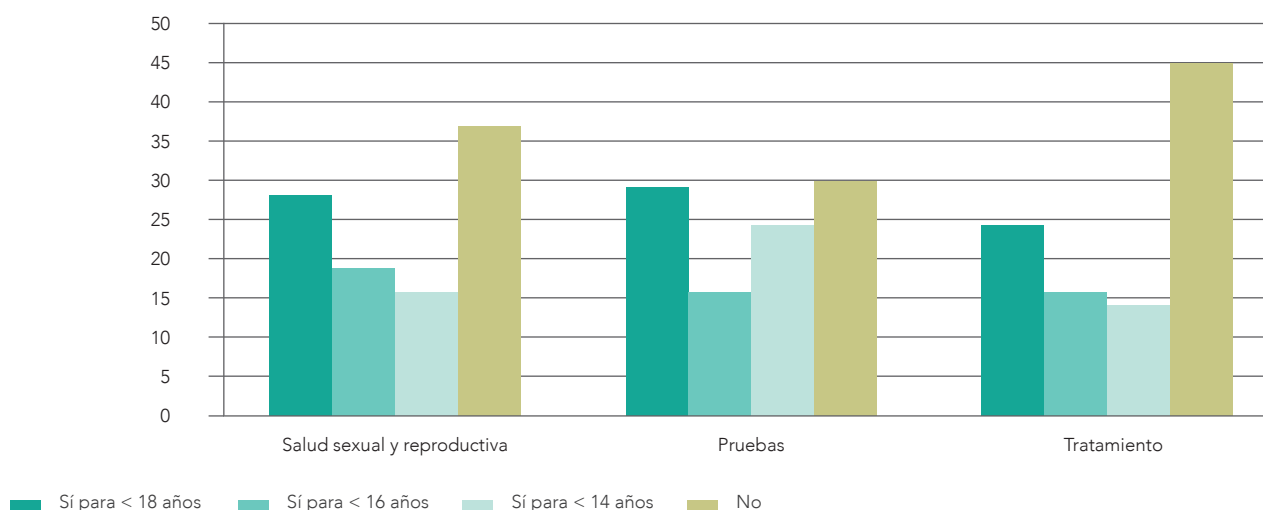
Fuente: Índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

En ciertas circunstancias, la ley puede crear barreras a la confidencialidad, particularmente para los jóvenes que desean acceder a los servicios sin el permiso de los padres. Los jóvenes (entre 15 y 24 años) se enfrentan a una triple amenaza en relación con el VIH: tienden a tener un mayor riesgo de infección, especialmente las mujeres del África subsahariana; es menos probable que sepan su estado serológico con respecto del VIH en comparación con las poblaciones de mayor edad; y es menos probable que estén en tratamiento o que sean suprimidas viralmente. En África oriental y meridional, las mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años) representaron el 26% de las nuevas infecciones por el VIH en 2016, a pesar de representar solo el 10% de la población (5). Garantizar el acceso confidencial a los servicios es, por lo tanto, crucial. Sin embargo, las leyes sobre la edad de consentimiento para servicios médicos en muchos países requieren que las personas menores de 18 años obtengan el consentimiento de los padres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, pruebas y tratamiento del VIH, lo que imposibilita a los jóvenes acceder a los servicios de manera confidencial. De los 106 países que proporcionaron datos a ONUSIDA sobre la edad de consentimiento legal, 29% requieren el consentimiento de los padres para que un menor de 18 años tenga acceso a pruebas del VIH, 25% requieren el consentimiento de los padres para el tratamiento del VIH y 28% requieren el consentimiento de los padres para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (Figura 7) (19).

Las leyes sobre la edad de consentimiento crean barreras a los servicios

Figura 7. Porcentaje de países que presentan informes con leyes que requieren el consentimiento de los padres para que los adolescentes accedan a servicios de salud sexual y reproductiva, pruebas y tratamiento del VIH (n = 106)



Fuente: ONUSIDA 2017. Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales.

Retraso en el inicio de la atención y el tratamiento del VIH

Los mismos temores de divulgación que desalientan las pruebas del VIH también pueden desalentar a las personas que viven con el VIH a inscribirse en la atención e iniciar la terapia antirretroviral. Una revisión de diez estudios de países de bajos y medianos ingresos encontró una asociación significativa entre el estigma y la presentación tardía para recibir atención del VIH, donde es 2,4 veces más probable que las personas que viven con el VIH que percibieron un gran estigma relacionado con el VIH se presenten tardíamente para recibir atención del VIH (1).⁵ Una encuesta realizada a mujeres embarazadas que viven con el VIH en tres distritos de Uganda descubrió que el temor a divulgar el estado VIH-positivo a sus parejas masculinas era una barrera clave para iniciar la terapia antirretroviral de por vida (20).

En la ciudad de Nueva York, inmigrantes africanos, adultos previamente encarcelados, hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero que viven con el VIH revelaron que el estigma era un poderoso impedimento para ingresar y permanecer en la atención del VIH (21). Para estos grupos de población clave, la discriminación anticipada y el estigma internalizado los llevaron a permanecer ocultos y potencialmente retirados de la atención. Estas preocupaciones se incrementaron entre los inmigrantes africanos con estatus de migrantes indocumentados, con la pérdida potencial de apoyo social y familiar que contribuye a que los miembros de este grupo elijan no revelar su estado serológico con respecto del VIH a familias y comunidades (21).

Cumplimiento del tratamiento

El objetivo de la terapia antirretroviral es reducir los niveles de VIH en el cuerpo a niveles indetectables, lo que protege el sistema inmunitario del cuerpo y reduce en gran medida la posibilidad de transmisión posterior del virus. La supresión viral duradera requiere un cumplimiento constante del tratamiento.

Los estudios han encontrado que el estigma relacionado con el VIH en los niveles "intrapersonal, interpersonal y estructural" compromete la capacidad de las personas para cumplir satisfactoriamente con la terapia antirretroviral (20, 22). Una explicación para esto es que el estigma interfiere con los procesos psicológicos, como el afrontamiento adaptativo y el apoyo social que ayudan a las personas a seguir el tratamiento (23).

Mientras tanto, las encuestas realizadas a proveedores de atención de salud en Tailandia revelan que las actitudes sobre el VIH entre el personal de los centros de salud pueden impedir que cuiden adecuadamente a las personas que viven con el VIH o que se ven afectadas por él. Dichas actitudes incluyen la creencia de que el VIH es un castigo por el mal comportamiento, que las personas se infectan con el VIH porque tienen un comportamiento irresponsable, que a la mayoría de las personas que viven con el VIH no les importa si infectan a otras personas y que puede ser apropiado esterilizar a una mujer que tiene VIH, incluso si esa no es su elección. En algunos casos, los proveedores de atención de salud declararon explícitamente que preferirían no prestar servicios a miembros de grupos de población clave, incluidos hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo, consumidores de drogas inyectables, personas transgénero y migrantes (11).

⁵ El alto estigma se definió si los participantes en el estudio mencionaron que habían experimentado estigma o que habían obtenido una media superior a la media general de los elementos que se utilizaron para evaluar el estigma y la discriminación.

Se ha demostrado que el apoyo de familiares, amigos y comunidades es esencial para el cumplimiento. Las intervenciones de apoyo adicionales también contribuyen a un mejor cumplimiento y, por lo tanto, a una mejor salud (24). Estas intervenciones incluyen lo siguiente:

- Asesoramiento para el cumplimiento.
- Acompañamiento por una pareja/un compañero de cumplimiento o un educador colega.
- Apoyo de trabajadores de la salud comunitarios y organizaciones no gubernamentales.
- Incentivos y facilitadores para las personas que viven con el VIH y sus cuidadores (incluidas las oportunidades de generación de ingresos, alimentación y transporte).

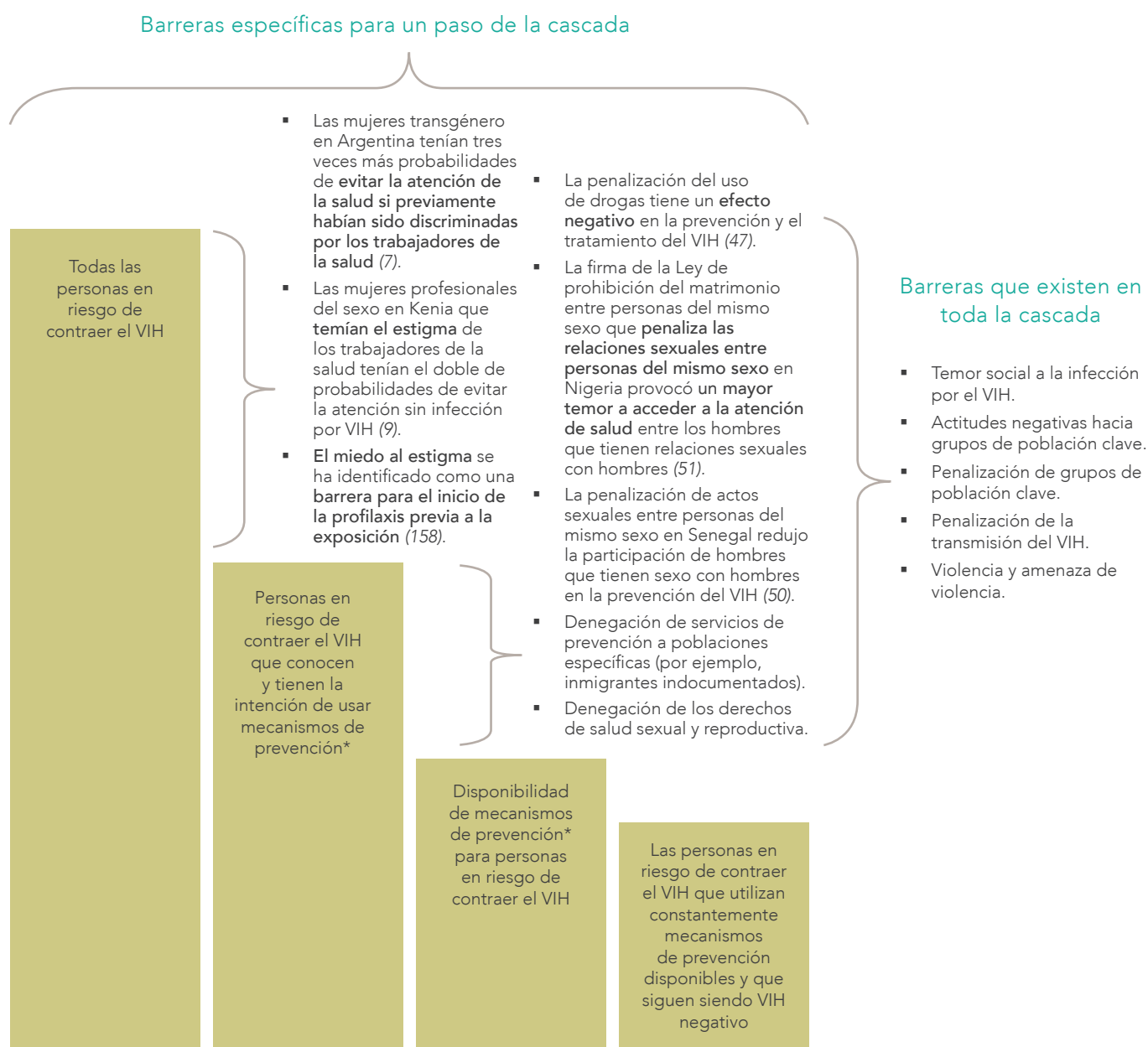
Sin embargo, en un entorno de discriminación y violencia, tal apoyo puede no estar disponible.

La cascada de prevención

Las vías de transmisión del VIH —como las relaciones sexuales sin protección o el intercambio de material de inyección— han sido claras desde los primeros días de la epidemia, y la comunicación y educación sobre cómo evitar estas vías parecería ser una estrategia simple para la prevención del VIH. Sin embargo, aquellos con mayor riesgo de infección por el VIH enfrentan barreras considerables a los servicios. Los términos peyorativos utilizados con frecuencia como "drogadicto" y "adicto" deshumanizan a las personas que consumen drogas y refuerzan los estereotipos de personas impredecibles y violentas incapaces de ejercer la voluntad y autodeterminación (25). Una revisión sistemática de los estudios realizados entre 2004 y 2014 reveló que las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero tienen dificultades para acceder a los servicios de salud como resultado de las actitudes heteronormativas impuestas por los profesionales de la salud (26). Del mismo modo, se ha demostrado que los altos niveles de estigma percibidos entre los profesionales del sexo afectan negativamente su salud, independientemente de los riesgos para la salud del comercio sexual en sí (27).

El estigma, la discriminación y la cascada de prevención

Figura 8. Ejemplos de estigma y discriminación que crean deficiencias en la cascada de prevención del VIH



*Estructurales, conductuales, biomédicos

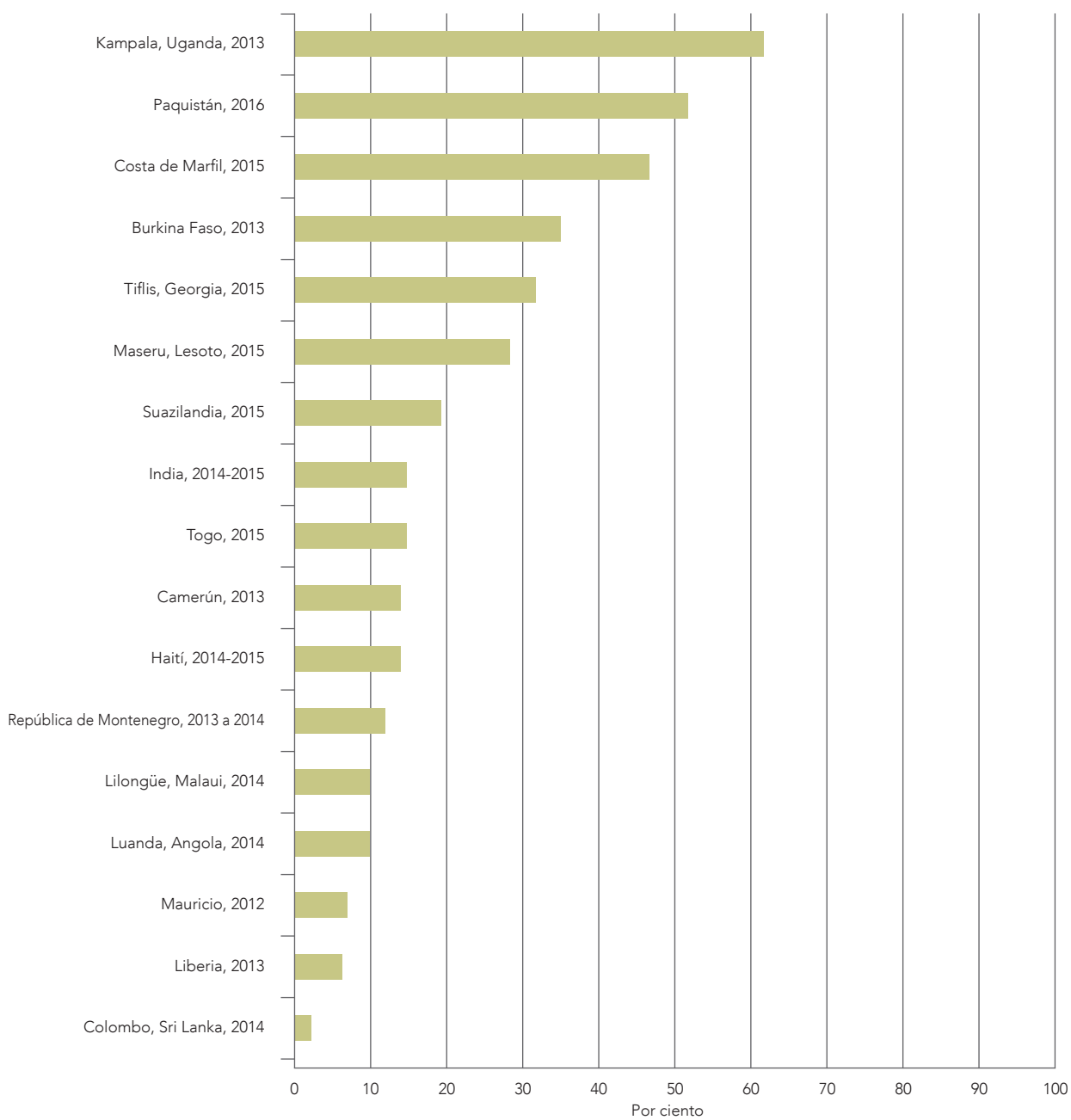
Fuente: adaptado de Hargreaves JR, Delany-Moretlwe S, Hallett TB, Johnson S, Kapiga S, Bhattacharjee P et al. La cascada de prevención del VIH: integración de las teorías de las ciencias epidemiológicas, conductuales y sociales en el diseño y la monitorización de los programas. Lancet HIV. 2016; 3 (7): e318-22.

El estigma hacia los grupos de población clave se ve reforzado por leyes penales y otras barreras estructurales, que a su vez alimentan la violencia, la explotación y un clima de temor que obstaculiza los esfuerzos para proporcionar preservativos, reducción de daños y otros métodos de prevención primaria en niveles de cobertura suficientes. A menudo, dicha violencia se lleva a cabo con impunidad, a veces incluso por los propios agentes del cumplimiento de la ley. Por ejemplo, las mujeres transgénero en Argentina que habían estado expuestas a violencia policial tenían el doble de probabilidades de evitar la atención de la salud que las mujeres transgénero que no habían estado expuestas a tal violencia (7), y un estudio de 2015 mostró que las mujeres que se inyectaban drogas informaron altas tasas de violencia sexual por parte de la policía y los organismos encargados del cumplimiento de la ley (28). En varios países, sobre todo en Filipinas, las políticas antidrogas se están implementando de manera cada vez más violenta, incluyendo asesinatos extrajudiciales de presuntos traficantes y consumidores de drogas.(29).

La prevalencia de la violencia que experimentan los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los consumidores de drogas inyectables a menudo es alta, pero varía según el país. Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres encuestados en 17 países, por ejemplo, el porcentaje de víctimas de violencia física en los últimos 12 meses osciló entre 2,6% en Colombo, Sri Lanka, y 61,7% en Kampala, Uganda (Figura 9) (30). Más de la mitad de los consumidores de drogas inyectables encuestados en Pakistán y las mujeres profesionales del sexo encuestadas en siete lugares de Sudáfrica informaron haber experimentado violencia física en los últimos 12 meses (Figuras 10 y 11) (31, 32).

Violencia que enfrentan los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

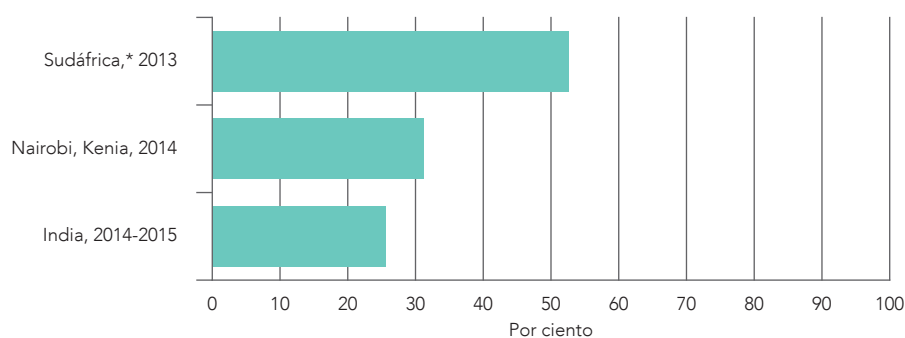
Figura 9. Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que alguna vez han experimentado violencia física, países con datos disponibles, 2012 a 2016



Fuente: Encuestas integradas de vigilancia biológica y conductual, 2012 a 2016.

Violencia a la que se enfrentan las mujeres profesionales del sexo

Figura 10. Porcentaje de mujeres profesionales del sexo que experimentaron violencia física en los últimos 12 meses, países seleccionados, 2013 a 2015

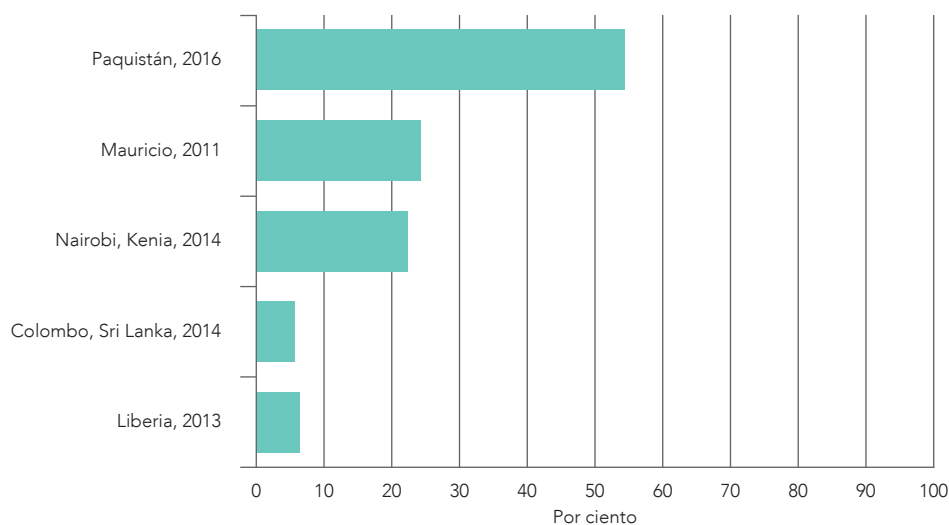


Fuente: Encuestas integradas de vigilancia biológica y conductual, 2013 a 2015.

*Beaufort West, East London, George, Gauteng, Kwazulu Natal, Limpopo, North West.

Violencia a la que se enfrentan los consumidores de drogas inyectables

Figura 11. Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que alguna vez experimentaron violencia física, países seleccionados, 2011 a 2016



Fuente: Encuestas integradas de vigilancia biológica y conductual, 2011 a 2016.

"En algunas regiones, las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienen 1,5 veces más probabilidades de adquirir el VIH que las mujeres que no han experimentado tal violencia".

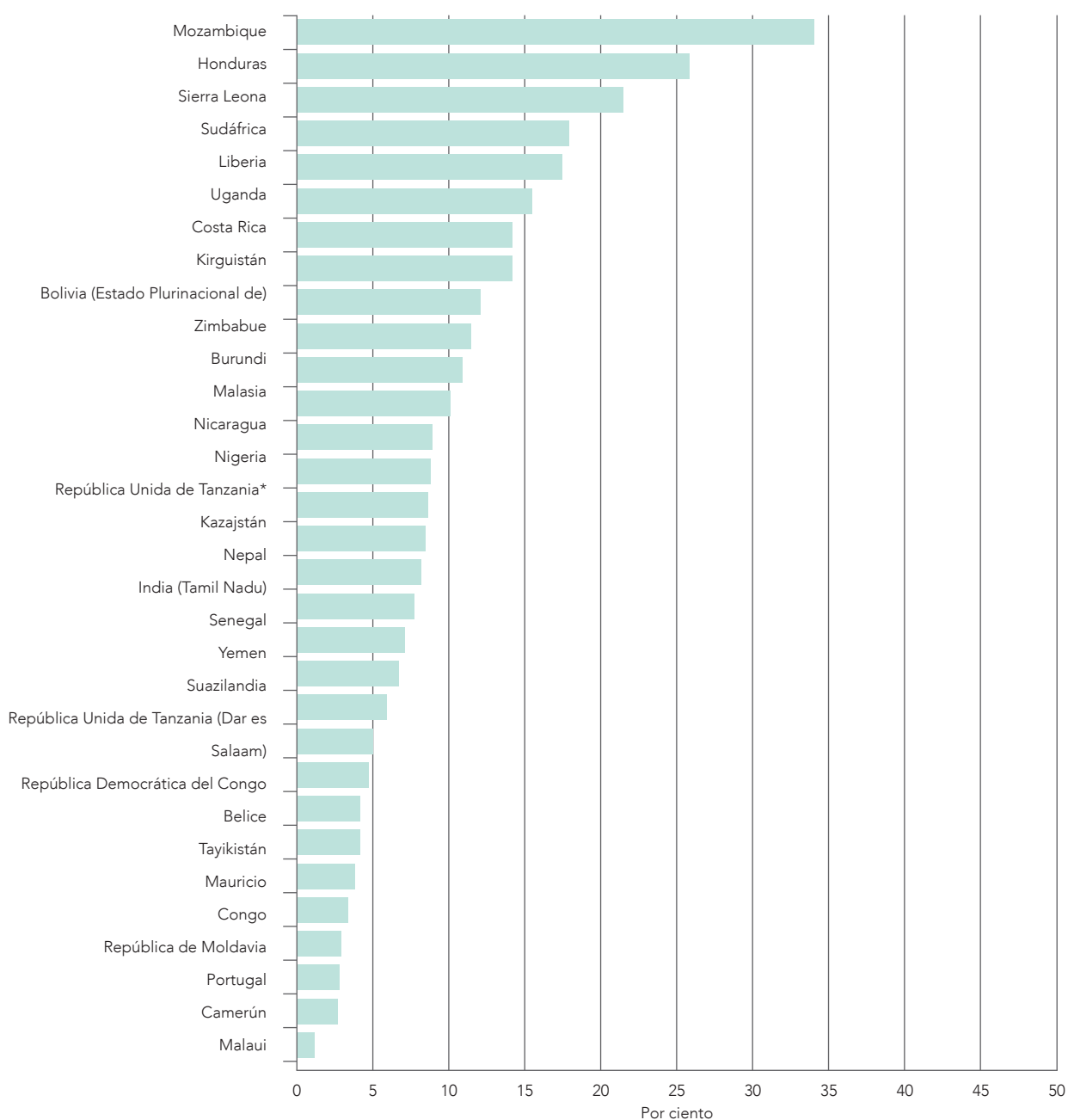
El estigma, la discriminación y la violencia contra la mujer y el acceso a la atención de la salud

La violencia contra la mujer es una de las formas más extremas de discriminación; se estima que casi el 30% de las mujeres sufren violencia física o sexual a nivel mundial por parte de su pareja al menos una vez en la vida (33). Tal violencia puede afectar la capacidad de las mujeres para insistir en tener relaciones sexuales más seguras o utilizar intervenciones de prevención, pruebas y tratamiento del VIH (34 a 36). En algunas regiones, las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienen 1,5 veces más probabilidades de adquirir el VIH que las mujeres que no han experimentado tal violencia (33).

La esterilización involuntaria de mujeres que viven con el VIH, el aborto forzado y la penalización de la transmisión maternoinfantil del VIH y otras formas de discriminación relacionadas con la salud reproductiva han sido reportadas por mujeres que viven con el VIH, incluyendo consejos para no tener hijos, tratamiento inapropiado y falta de atención durante el parto. En algunos casos, la aplicación de terapia antirretroviral depende del uso de algún tipo de anticoncepción (Figura 12) (2).

Anticoncepción forzada

Figura 12. El porcentaje de personas que viven con el VIH que informaron su capacidad para obtener terapia antirretroviral estuvo condicionado al uso de ciertas formas de anticoncepción, países con datos disponibles, 2011 a 2016



Fuente: Encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

La discriminación puede tener efectos particularmente profundos en los esfuerzos para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH. Las mujeres que se han enfrentado a la discriminación o que perciben o esperan un estigma relacionado con el VIH en los centros de atención de la salud pueden tener menos probabilidades de acceder al tratamiento y a la atención prenatal y posnatal. Cuando acceden a dicha atención, pueden verse disuadidas de usar los servicios de VIH.

Se sabe que algunos programas de VIH centrados en mujeres embarazadas enfatizan las medidas coercitivas dirigidas al riesgo de transmitir el VIH al feto. Esto puede incluir pruebas prenatales y postnatales obligatorias, seguidas de aborto forzado o esterilización. Tales programas rara vez empoderan a las mujeres para prevenir la transmisión perinatal, y pueden pasar por alto las necesidades de atención de las mujeres (37). La investigación muestra que el estigma y la discriminación impiden la retención de mujeres embarazadas en programas para prevenir la transmisión maternoinfantil, erosionan la confianza de las mujeres en la protección ofrecida por la terapia antirretroviral durante el embarazo y reducen su acceso al diagnóstico temprano del infante (38 a 42).

Las mujeres que viven con el VIH informaron varias experiencias negativas durante el parto, entre ellas:

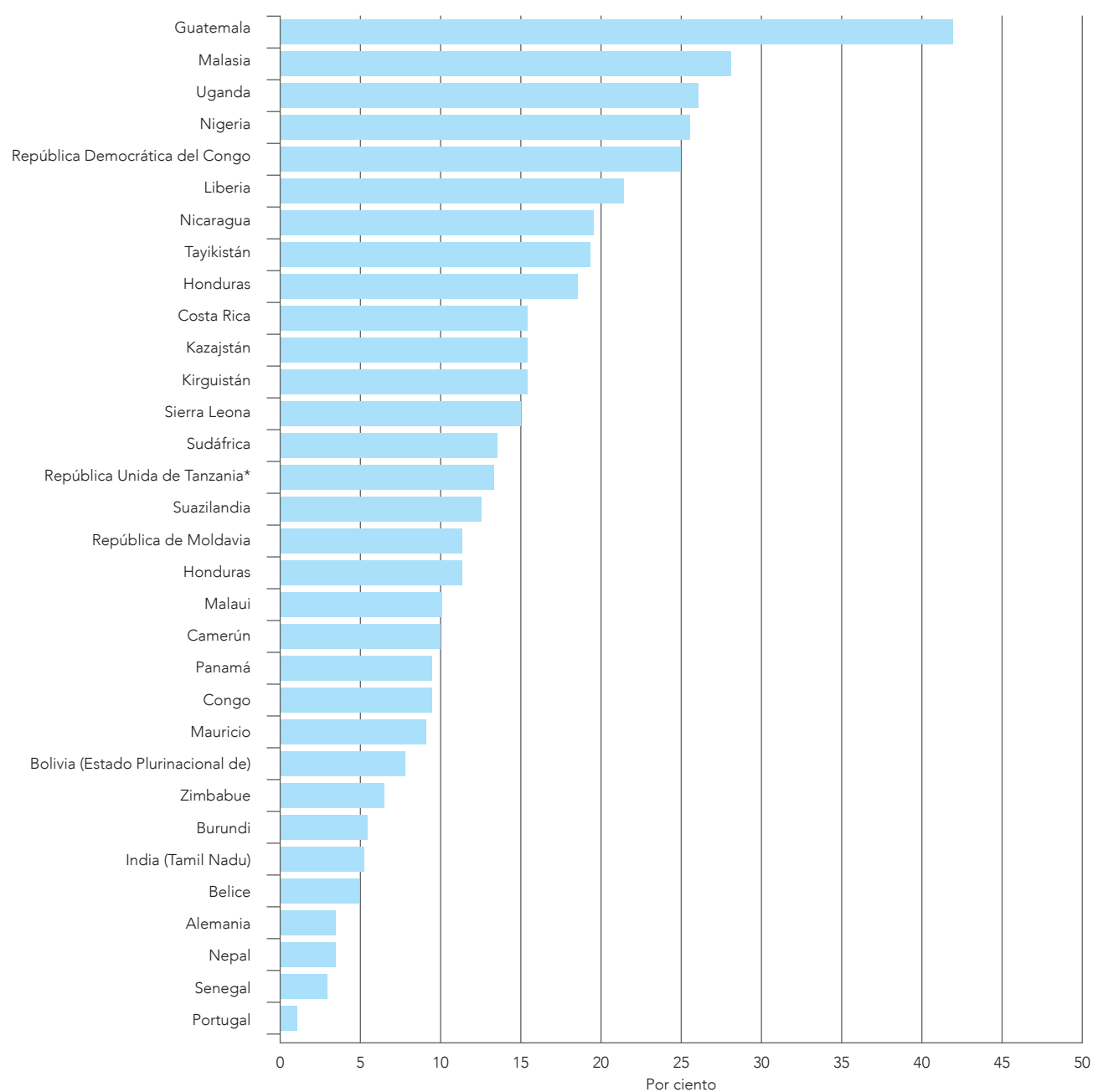
- El personal las descuida antes, durante y después del parto.
- El personal las maltrató durante el trabajo de parto porque habían quedado embarazadas.
- El personal se negó a tocarlas a ellas o a su bebé recién nacido.
- Demoras severas antes de recibir atención.
- Se les pidió abandonar el hospital antes que otras mujeres (43).

Las mujeres que viven con el VIH también informaron que debieron someterse a un parto por cesárea al conocer su estado serológico con respecto del VIH, pero que la cesárea no fue gratuita, fue prohibitivamente costosa y no se brindó ninguna otra opción (43).

En 22 de 30 países con datos disponibles, más del 10% de las mujeres que viven con el VIH informaron haber sido forzadas por un profesional de la salud con respecto a los métodos de dar a luz a causa de su estado serológico con respecto del VIH; esto aumentó hasta el 42% entre las mujeres que viven con el VIH en Guatemala (Figura 13) (2).

Mujeres forzadas con respecto a los métodos para dar a luz

Figura 13. Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que informaron haber sido forzadas por un profesional de la salud en los últimos 12 meses con respecto al método de dar a luz a causa de su estado serológico con respecto del VIH, países con datos disponibles, 2011 a 2016

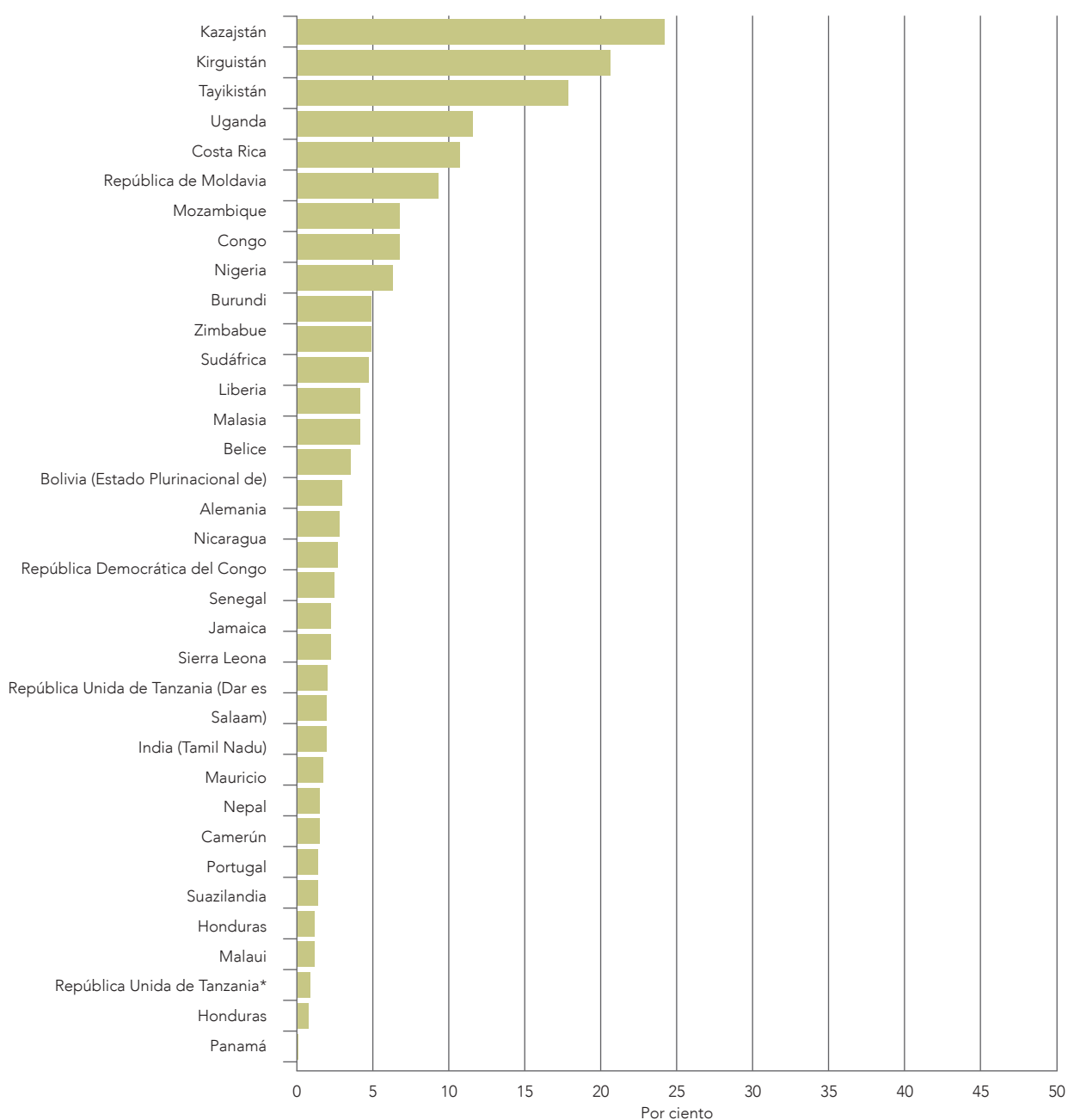


Fuente: Encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

Interrupciones forzadas del embarazo

Figura 14. Porcentaje de mujeres que viven con el VIH que informaron haber sido forzadas por un profesional de la salud en los últimos 12 meses para interrumpir un embarazo debido a su estado serológico con respecto del VIH, países con datos disponibles, 2011 a 2016



Fuente: Encuestas del índice de estigma en personas que viven con el VIH, 2011 a 2016.

* Cuatro regiones además de Dar es Salaam.

Penalización de grupos de población clave

El estigma social hacia los grupos de población clave —sobre todo los profesionales del sexo, los consumidores de drogas inyectables, las personas transgénero, así como homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres— ha impulsado leyes y políticas en muchos países que usan el castigo penal contra miembros de estas poblaciones.

Tal penalización prevalece en todo el mundo. Las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones académicas han informado que 72 países penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo, 32 países mantienen la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas y más de 100 países penalizan algunos aspectos del comercio sexual (44 a 46). Entre los países que informaron datos a ONUSIDA en 2017, 44 de cada 100 informaron que tienen leyes que penalizan específicamente la actividad sexual entre personas del mismo sexo;⁶ 17 de 116 países informaron que penalizan o procesan a personas transgénero;⁷ y 84 de 110 países informaron que penalizan algún aspecto del comercio sexual (19). Con respecto al uso o la posesión de drogas, 78 de 90 países informaron que el uso o la posesión de drogas para uso personal es un delito o motivo de detención obligatoria, y nueve de 107 países informaron que imponen la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas (19).

Múltiples estudios han demostrado que la penalización del uso de drogas —incluido el encarcelamiento, vigilancia policial en las calles, leyes y prácticas punitivas de parafernalia de drogas y prohibiciones o restricciones a las intervenciones de prevención del VIH fundamentadas en evidencia— tiene efectos negativos en los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH (27). Estos efectos negativos incluyen un menor acceso a los programas de jeringas y agujas, un mayor uso de material de inyección por parte de múltiples personas y una mayor carga de VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Al mismo tiempo, estos estudios no encontraron evidencia convincente de que la despenalización conduzca a un mayor uso de drogas (47).

"El mal uso del derecho penal a menudo tiene un impacto negativo en la salud y viola los derechos humanos. Una penalización demasiado amplia de la exposición al VIH, la no divulgación y la transmisión son contrarias a las recomendaciones de salud pública aceptadas internacionalmente y a los principios de los derechos humanos. La criminalización de las relaciones sexuales consensuales entre adultos es una violación de los derechos humanos, y la legalización puede reducir la vulnerabilidad a la infección por el VIH y mejorar el acceso al tratamiento. Se ha demostrado que la despenalización de la posesión y el uso de drogas inyectables y el desarrollo de leyes y políticas que permiten servicios integrales de reducción de daños reducen la transmisión del VIH. Del mismo modo, la despenalización del comercio sexual puede reducir la violencia, el acoso y el riesgo de infectarse por el VIH. Los profesionales del sexo deberían disfrutar de la protección de los derechos humanos garantizada para todas las personas, incluidos los derechos a la no discriminación, la salud y la seguridad".

En la vía rápida para terminar con la epidemia del SIDA

Informe del Secretario General

1 de abril de 2016

⁶ Además, otros 29 países de los 100 informaron que no tenían una legislación específica que penalizara la actividad sexual entre personas del mismo sexo, pero no establecieron que la actividad sexual entre personas del mismo sexo fuera legal o despenalizada.

⁷ También se preguntó a los países si tenían leyes que penalizaran el travestismo. Tomados en conjunto, 23 de los 114 países informantes declararon que penalizaban o enjuiciaban a las personas transgénero y/o penalizaban el travestismo.

En Camboya, por ejemplo, el primer mes de una campaña antidrogas que comenzó en enero de 2017 llevó a una reducción del 46% en el número de consumidores de drogas inyectables que participaron en un programa de jeringas y agujas y una reducción del 19% en personas que accedían a la terapia de sustitución de opiáceos (48). La organización no gubernamental local que proporciona estos servicios de reducción de daños, la Alianza Khmer de ONG sobre el VIH/SIDA (KHANA), sospecha que estos clientes desertaron "porque temían que la policía los siguiera", creencia que se confirmó en entrevistas con consumidores de drogas inyectables (48).

La penalización crea barreras específicas para las mujeres que consumen drogas. En algunos países, incluyendo partes de los Estados Unidos de Norteamérica, el consumo de drogas durante el embarazo puede dar lugar a cargos penales y encarcelamiento automáticos por la duración del embarazo y más allá (28, 49). Las mujeres identificadas como dependientes de drogas ilegales pueden perder la custodia de sus hijos: en varios países de Europa oriental y Asia central, por ejemplo, buscar tratamiento para la adicción a las drogas requiere estar registrado como consumidor de drogas, que puede ser un motivo automático para perder la custodia de un niño (28). En la Federación de Rusia y Ucrania, los abortos forzados y la terminación de la patria potestad de las mujeres que consumen drogas son legales (28). Las madres entrevistadas como parte de un estudio sobre el tratamiento farmacológico de opiáceos en Sídney, Australia, dijeron que habían sido informadas prenatalmente por un hospital (28). Estas leyes y prácticas también disuaden a las mujeres que consumen drogas de acceder a los servicios de salud.

La legislación que prohíbe las relaciones sexuales entre adultos del mismo sexo puede desbaratar los esfuerzos para prevenir el VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Un estudio de 2011 investigó el impacto en la prevención y el tratamiento del VIH en Senegal tras el arresto de nueve trabajadores masculinos de prevención del VIH en virtud de la ley de ese país sobre las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Descubrió que las detenciones y la publicidad que los rodeaba habían resultado en un temor generalizado y en una ocultación entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; los proveedores de servicios también suspendieron el trabajo de prevención del VIH con estos hombres por temor a su propia seguridad. Esto significó que era más difícil para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres acceder a los preservativos y lubricantes apropiados. Los proveedores que continuaron sus servicios, incluidos los médicos, notaron un fuerte descenso en la participación en los esfuerzos de prevención y visitas médicas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el mes posterior a la implementación de la ley (50).

En Nigeria, la Ley de prohibición del matrimonio entre personas del mismo sexo de 2014 amplió las leyes existentes que penalizan los actos sexuales consentidos entre personas del mismo sexo para prohibir el matrimonio entre personas del mismo sexo, la cohabitación, muestras de afecto en público y clubes, sociedades y organizaciones homosexuales. Un estudio de 2015 evaluó el impacto inmediato de la Ley sobre el estigma, la discriminación y el compromiso en los servicios de prevención y tratamiento del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el país (51, 52). Se encontró que una mayor proporción de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres informaron que tenían más miedo de buscar atención de la salud o de evitar la atención de la salud después de que la Ley entrara en vigencia. Además, los participantes que nunca se habían sometido a pruebas antes del punto de referencia del estudio tenían más probabilidades de perderse en la atención de seguimiento en el periodo posterior a la implementación de la Ley. El estudio también encontró un aumento en los informes de chantaje y acoso verbal hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y una disminución en los espacios seguros para socializar inmediatamente después de que la ley entró en vigor (51).

Los esfuerzos para prohibir el comercio sexual pueden tener un impacto similar. En 2016, aunque el comercio sexual no está penalizado en Kirguistán, la policía local anunció que "limpiarían" las calles de los profesionales del sexo y alentó a las "patrullas comunitarias" a fotografiar a las personas que pensaran que fueran profesionales del sexo y enviarlas a la policía (53). Varios profesionales del sexo fueron arrestados bajo cargos de vandalismo, lo que equivale a una penalización de facto de los profesionales del sexo. Poco después, hubo un aumento en el número de abusos documentados contra los derechos humanos contra los profesionales del sexo, incluida la extorsión policial, detención ilegal, amenazas, chantaje, humillación verbal y trato denigrante (53). El comercio sexual está altamente estigmatizado en Kirguistán. Las organizaciones no gubernamentales han descubierto que las mujeres profesionales del sexo en Kirguistán enfrentan barreras para acceder a la atención de la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y que los proveedores de atención de salud discriminan a las mujeres profesionales del sexo al negarles tratamiento u ofrecerles tratamiento de baja calidad y sin respetar la confidencialidad (54).

La penalización de grupos de población clave no solo afecta la capacidad de las personas para buscar servicios relacionados con el VIH; también puede tener un impacto más sistémico en la programación relacionada con el VIH. Un estudio de 2017 que comparó las estimaciones del tamaño de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en 154 países encontró que los países que penalizan el comportamiento sexual entre personas del mismo sexo tenían más probabilidades de informar cifras inverosímiles bajas de homosexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que los países que no penalizan tal comportamiento. La penalización afecta así la capacidad de los países para conocer su epidemia y organizar una respuesta adecuada: las escasas o ausentes estimaciones "contribuyen a la negación oficial de la existencia de [hombres que tienen relaciones sexuales con hombres]; a la incapacidad de abordar adecuadamente sus necesidades; y a inflados informes de cobertura de servicios de VIH que pintan una falsa imagen de éxito" (55).

Penalización de la transmisión del VIH

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH, incluida la penalización de la no divulgación, exposición o transmisión del VIH, disuaden aún más a las personas de tomar medidas para evitar la infección por el VIH —o prevenir la transmisión del VIH a sus hijos— por temor a ser procesadas, privadas de sus derechos de salud sexual y reproductiva o perder la custodia de sus hijos.

Las leyes que penalizan la no divulgación, la exposición y la transmisión del VIH siguen siendo generalizadas. Cincuenta y uno de los 109 países informaron tener tales leyes, mientras que otros 25 países indicaron que no tienen tales leyes, pero que los procesamientos sí ocurren con base en las leyes penales generales (19).

La penalización de la transmisión materno-infantil del VIH —donde las madres pueden ser enjuiciadas por transmitir el VIH a su feto— puede desalentar a las mujeres embarazadas de hacerse la prueba del VIH. En los casos en que las mujeres saben que viven con el VIH, la penalización puede impedir que revelen su estado y accedan a la atención y los servicios prenatales y posnatales para prevenir la transmisión materno-infantil (60, 61). Cuatro países (Libia, Nauru, Santa Lucía y Tayikistán) han informado que siguen penalizando la transmisión materno-infantil (19).

Migrantes

Los migrantes a menudo se enfrentan a condiciones que dificultan su acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH(56). Sus derechos pueden ser violados mediante pruebas obligatorias, o pueden no tener acceso a los servicios de pruebas voluntarias, en parte debido al estigma y la discriminación y al temor a las consecuencias (incluida la deportación) de un resultado positivo de la prueba del VIH. Las actitudes de los trabajadores de la salud, la falta de información sobre los servicios de salud y los derechos de los migrantes, así como las barreras relacionadas con la cultura, el idioma y la religión también impiden el acceso a los servicios (16).

Treinta y cinco países siguen imponiendo restricciones a la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH (57). Aunque no hay evidencia de que tales restricciones protejan la salud pública o ayuden a prevenir la transmisión del VIH, sí constituyen una discriminación basada en el estado serológico respecto del VIH y violan los derechos de las personas afectadas (especialmente el derecho del migrante a la libertad de movimiento). Las restricciones también limitan la aceptación de las pruebas voluntarias del VIH y dificultan el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Por ejemplo, los mineros migrantes en África meridional —incluidos los mineros que viven con el VIH y la tuberculosis multirresistente— han sido expulsados de su país de destino y abandonados en la frontera de su país de origen sin acceso a tratamiento o derivación a servicios de salud locales (56).

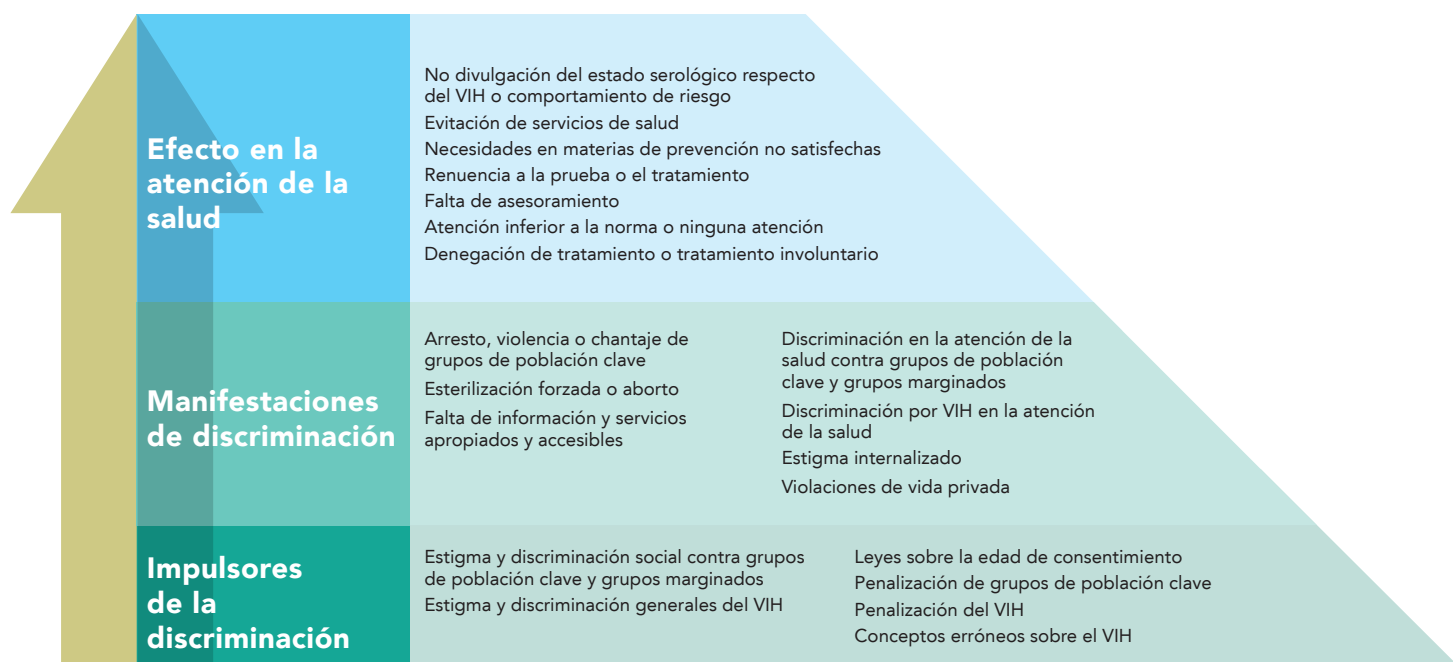
Los migrantes rara vez tienen los mismos derechos que los ciudadanos a los planes de seguros que hacen asequible la atención de la salud y pueden tener restricciones para acceder a la atención de la salud universal o desafíos importantes para acceder a los mecanismos de reparación en relación con la discriminación o el abuso (56, 58). En algunos casos, los migrantes que viven con el VIH pueden ser tratados como delincuentes, detenidos o deportados, y este tratamiento crea un estigma adicional y consecuencias financieras.

Cuando los migrantes son indocumentados, pueden incurrir en riesgos adicionales debido a un acceso sustancialmente limitado a servicios de atención sanitaria adecuados, seguro de salud, protección social o justicia; también pueden experimentar exclusión social y condiciones inseguras de vivienda y empleo. Para los migrantes en Europa, aunque todos los países de la Unión Europea/Área Económica Europea han ratificado una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos que consagran el acceso a la atención de la salud como un derecho humano que debería estar disponible para todos sin discriminación, un número significativo no proporciona tratamiento antirretroviral a los inmigrantes indocumentados (59).

Estigma y discriminación:

Cómo crean barreras para acceder a los servicios de atención sanitaria...

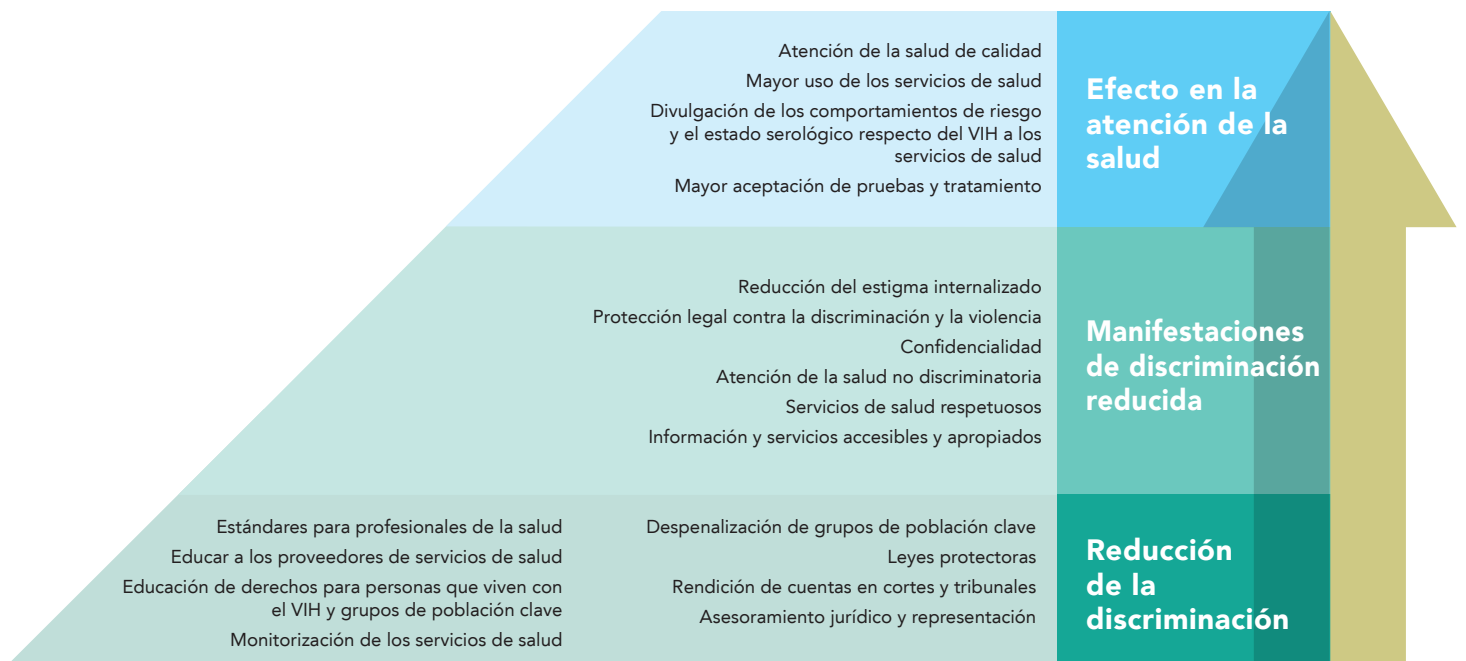
Figura 15. Los efectos del estigma y la discriminación en el acceso a la atención sanitaria para la prevención, las pruebas y el tratamiento



Las leyes penales, las actitudes de la comunidad, la desinformación, los prejuicios y el miedo son factores que impulsan el estigma y las manifestaciones reales de discriminación que afectan el acceso a la atención de la salud por parte de las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave.

...y de qué manera enfrentar el estigma y la discriminación puede superar esas barreras

Figura 16. Eliminar el estigma y la discriminación mejora el acceso a la atención de la salud para la prevención, las pruebas y el tratamiento



Al abordar estos factores de impulso, mediante la eliminación de leyes perjudiciales, la introducción de leyes protectoras, la educación de los titulares de derechos y proveedores de servicios y la capacitación legal de las comunidades para defender sus derechos, se puede cerrar la brecha entre quienes pueden acceder a los servicios y quienes no, y llevar a una mejor salud para todos.

Eliminar el estigma y la discriminación y garantizar el acceso a la cascada de servicios

"La atención de la salud centrada en las personas crea confianza entre los trabajadores de la salud y los beneficiarios, mejora las experiencias y los resultados de salud para los beneficiarios y aumenta la confianza y la satisfacción laboral de los profesionales de la salud. Las personas reciben la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado".

Actores internacionales, nacionales, comunitarios e individuales están demostrando en todo el mundo que mejorar el acceso a los servicios de atención sanitaria al reducir el estigma y la discriminación relacionados con el VIH es posible y esencial para alcanzar los objetivos de la Declaración política del 2016 de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA. Se ha demostrado que una variedad de intervenciones es efectiva, incluidas las siguientes:

- Capacitar a las personas y las comunidades para abordar y responder a la discriminación.
- Capacitar y apoyar a los trabajadores de la salud para superar actitudes y acciones discriminatorias personales e institucionales.
- Eliminar leyes y políticas discriminatorias.
- Fortalecer el marco legal y político para enfrentar la discriminación.
- Asegurar que todos los actores sean responsables de sus acciones y asuman la responsabilidad para eliminar la discriminación.

Desde entonces, las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH han trabajado con asociados locales, nacionales e internacionales para fortalecer su capacidad y coordinación, empoderar a las personas que viven con el VIH, sensibilizar a los trabajadores de la salud y contribuir al desarrollo de leyes, políticas y programas que reducen la discriminación e incrementan el acceso a servicios clave (62).

Situar a las personas en el centro de servicios de salud

Servicios centrados en las personas

Los servicios centrados en las personas tienen como objetivo poner a las personas y las comunidades en lugar de las enfermedades en el centro de los sistemas de salud. La atención de la salud centrada en las personas crea confianza entre los trabajadores de la salud y los beneficiarios, mejora las experiencias y los resultados de salud para los beneficiarios y aumenta la confianza y la satisfacción laboral de los profesionales de la salud. También puede aumentar el acceso a los servicios de salud. Esencialmente, los servicios centrados en las personas significan que la gente recibe la atención adecuada, en el momento adecuado y en el lugar adecuado (63).

En el contexto de la respuesta ante el VIH, el concepto de atención centrada en las personas significa que los servicios de prevención, pruebas y tratamiento se brindan de manera aceptable, accesible, de buena calidad y adaptados a las necesidades de las personas que los reciben. Significa examinar las necesidades y circunstancias particulares de los grupos de población clave y otros grupos marginados —como los migrantes, los consumidores de drogas inyectables o los profesional del sexo— quienes pueden no tener acceso a los servicios generales de salud en igualdad de condiciones con los demás, y diseñar servicios de salud para satisfacer sus necesidades y mejorar la cobertura en toda la cascada de servicios.

Las formas de garantizar la atención de la salud centrada en la gente para las personas que viven con el VIH y los grupos de población clave pueden incluir:

- Adaptar el horario de atención del servicio para adecuarse a los clientes (por ejemplo, ofrecer un horario de trabajo nocturno o extendido para los profesionales del sexo).
- Introducir servicios de salud amigables para los jóvenes para contrarrestar su exclusión de otros servicios.
- Integrar los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH para evitar la divulgación de información confidencial.

Abordar la discriminación y crear confianza entre las partes interesadas es un aspecto clave de la atención centrada en las personas. La consulta con los beneficiarios garantizará que se entiendan y se cumplan sus necesidades, y mejorará su compromiso general con los servicios de salud.

"En una clínica de Namibia, un enfoque centrado en las personas ha llevado a una reducción del 20% en las muertes entre los pacientes que viven con el VIH".

Namibia proporciona un ejemplo de servicios de salud centrados en las personas en acción. En 2016, la prevalencia del VIH entre adultos (entre 15 y 49 años) en Namibia se estimó en 13,8% [12,1 a 15,1%]. En 2015, el país tenía una mortalidad infantil estimada de 33 muertes por cada 1000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad materna de 265 por cada 100.000 nacidos vivos; en 2014, aproximadamente el 17% de las mujeres embarazadas que asistían a clínicas prenatales vivían con el VIH (64, 65). Para abordar esto, se puso a prueba un nuevo modelo en siete centros de salud. Con la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH para mejorar la aceptación del servicio de VIH, el modelo también buscaba reducir otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, y maximizar las oportunidades para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Cada clínica participante usó un modelo de "una enfermera, un paciente, una habitación". Esto fue un cambio con respecto a la práctica anterior de reservar habitaciones específicas para personas que viven con el VIH, lo que comprometió la confidencialidad y disuadió a muchas personas de acceder a los servicios que necesitaban.

Un estudio de investigación operacional que analiza el modelo de Namibia en una clínica particular encontró que los servicios integrados mejoran la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención prenatal al mejorar la comunicación proveedor-paciente y al reducir el tiempo de permanencia de los pacientes en la clínica, sus tiempos de espera por los servicios y sus expectativas de cuánto tiempo tomarán los servicios. El modelo integrado también mejora la productividad de las enfermeras y reduce el estigma sin comprometer la aceptación de los servicios de tuberculosis, VIH, atención prenatal o ambulatoria o aquellos para la planificación familiar por primera vez. Por ejemplo, el número promedio de pacientes que recolectaron oportunamente reabastecimientos de rutina de medicamentos antirretrovirales aumentó un 16,3% según el modelo, el número promedio de pacientes que suspendieron la terapia antirretroviral disminuyó un 7,2% y el número promedio de pacientes con VIH que murió cada mes disminuyó en 20% (66).

Argentina ha establecido una política que denomina "servicios de salud amigables con la población" para reducir el estigma y la discriminación hacia hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero y profesionales del sexo, y aumentar su acceso (y aceptación) a servicios de salud relacionados con el VIH y otros. Las organizaciones y redes de la sociedad civil participan en actividades de difusión y en el diseño e implementación de servicios. Se han establecido veintiún centros de salud amigables para la población dentro del sistema de salud pública, con equipos interdisciplinarios de trabajadores sociales y de salud que brindan una variedad de servicios sociales y de salud (y en algunos casos, servicios legales o de derivación) que se adaptan a las necesidades de las poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) y profesionales del sexo. Por ejemplo, los servicios están abiertos por la tarde y por la noche para facilitar el acceso de los grupos de población clave (67).

Intervenciones multicapa

Combinar la reducción de la discriminación con otras intervenciones relacionadas con el VIH que se adaptan a las necesidades específicas de las personas puede tener impactos positivos acumulativos. En Perú, se identificó, reclutó y entrenó a los líderes de opinión popular en 10 vecindarios para brindar apoyo a las poblaciones marginadas, reducir los comportamientos de riesgo sexual e incrementar las pruebas de VIH. Estos líderes de opinión llegaron a casi 3050 hombres que se identifican a sí mismos como heterosexuales, hombres que se identifican a sí mismos como homosexuales y mujeres marginadas socialmente, lo que resultó en niveles más bajos de actitudes estigmatizadoras entre ambos grupos de hombres (aunque no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres) (68).

Los datos combinados de dos ensayos que abordaron el cumplimiento del tratamiento y la influencia del estigma indican que la integración de las intervenciones basadas en los derechos humanos dio como resultado mejoras significativas en el cumplimiento (69-71). En Zambia, los participantes recibieron intervenciones grupales o individuales para aumentar el apoyo social y la comunicación entre el paciente y el proveedor, y para disminuir las preocupaciones sobre la medicación del VIH. Los resultados del ensayo indicaron que las personas que experimentaron una disminución en las experiencias de estigma, un mayor apoyo social y una mayor comunicación entre el paciente y el proveedor tenían más probabilidades de visitar clínicas que aquellas que no (70).

En Vietnam, una intervención conductual multinivel que se llevó a cabo en una provincia entre los hombres que consumen drogas inyectables aumentó las tasas de supervivencia entre las personas que viven con el VIH. Los participantes se beneficiaron de una de las cuatro intervenciones: un estándar comunitario de intervención de atención, una intervención de reducción del estigma en la comunidad, una intervención individual de asesoramiento mejorado o intervenciones tanto comunitarias como individuales. Esta cuarta categoría resultó tener el mayor impacto: El 87% de los participantes seguían vivos a los 24 meses, el 84% de los que tenían un recuento de células CD4 < 200 células/mm³ y que no recibían tratamiento antirretroviral en el punto de referencia seguían con vida a los 24 meses y los participantes tenían el mayor aumento en la aceptación del tratamiento antirretroviral (72).

Comprometer a los trabajadores de la salud

Fortalecimiento de competencias, uso compartido de herramientas

El fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de la salud mediante la capacitación y la información es una forma efectiva de reducir el estigma, la discriminación y la exclusión en los centros de atención de la salud. En Chile, por ejemplo, la capacitación de proveedores de atención de la salud sobre la legislación relacionada con el VIH y la identificación y documentación de violaciones de derechos aumentó cinco veces el conocimiento de la ley relacionada con el VIH (73).

"En Sudáfrica, los estudiantes de primer año de medicina que recibieron capacitación entre colegas dirigida por estudiantes tenían 1,5 veces más probabilidades de informar actitudes de empatía hacia las personas que viven con el VIH de tres a seis meses después de su capacitación que sus compañeros que no recibieron capacitación alguna".

Existe evidencia de que la capacitación relacionada con la discriminación también conduce a una reducción del estigma y la discriminación. Una revisión de 2017 de los datos de cuatro ensayos de control aleatorios de capacitación para estudiantes de atención de la salud en la India, Lituania, Puerto Rico y Estados Unidos mostró que, después de la capacitación, hubo una mejora en las actitudes de los estudiantes hacia las personas que viven con el VIH y una reducción en el estigma (74 a 79).⁸ En Sudáfrica, los estudiantes de primer año de medicina que recibieron capacitación entre colegas dirigida por estudiantes tenían 1,5 veces más probabilidades de informar actitudes de empatía hacia las personas que viven con el VIH de tres a seis meses después de su capacitación que sus compañeros que no recibieron capacitación alguna (80). En China, se implementó un programa de capacitación sobre precauciones universales, lucha contra el estigma relacionado con el VIH y mejora de la atención a los pacientes en hospitales para médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio. Los que recibieron capacitación mostraron una reducción significativamente mayor de las actitudes perjudiciales hacia las personas que viven con el VIH y reducciones en la intención de evitarlas (no querer atender a los pacientes que viven con el VIH) que aquellos que no recibieron la capacitación (81).

Aprovechamiento de las herramientas globales

Existe un número cada vez mayor de herramientas y mecanismos preparados que se pueden utilizar para reducir el estigma y la discriminación. Por ejemplo, un repositorio en línea de herramientas sobre la discriminación en atención de la salud, disponible en www.zeroHIVdiscrimination.com, proporciona recursos prácticos para quienes trabajan para eliminar la discriminación. HealthWISE es una herramienta desarrollada en conjunto por la Organización Internacional del Trabajo y la OMS para orientar a las instituciones de salud en la mejora de las condiciones de salud y seguridad ocupacional para los trabajadores de la salud y la calidad de los servicios de salud (82). La herramienta cuenta con un módulo específico sobre cuestiones de discriminación, incluida la discriminación y la violencia entre el personal y el paciente y entre el personal en sí mismo (82). Los proyectos piloto que aplicaron la herramienta en el Senegal, Tailandia y la República Unida de Tanzania dieron lugar a mejor información y prácticas sobre las condiciones de trabajo y aumentaron la sensibilización de los trabajadores de la salud del hospital sobre el VIH y prácticas de trabajo más seguras (83).

También se han desarrollado herramientas para abordar la discriminación que enfrentan grupos específicos. El paquete de capacitación *The Time Has Come* (El tiempo ha llegado), desarrollado en conjunto por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y la OMS, se diseñó para reducir el estigma y la discriminación contra los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero en centros de atención de la salud en Asia y el Pacífico. El paquete permite a los participantes obtener una comprensión más profunda de los datos y la evidencia relacionados con la atención y prevención del VIH entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero, y utilizar esos datos de manera efectiva. *The Time Has Come* se ha adoptado en los programas nacionales de capacitación sobre VIH para proveedores de atención de la salud en Bután, India, Indonesia, Nepal, Filipinas y Timor-Leste (84).

⁸ Una diferencia de la media estandarizada estadísticamente significativa de 0,34 (95%, IC: 0,19; 0,48), lo que indica una mejora en las actitudes hacia las personas que viven con el VIH y una reducción en el estigma después de la capacitación.

Empoderamiento de los trabajadores de la salud comunitarios

Los trabajadores de la salud comunitarios son trabajadores sanitarios que realizan funciones relacionadas con la prestación de servicios de la salud y que han recibido capacitación de alguna manera en el contexto de la intervención. Si bien las definiciones varían, en general no han recibido educación formal profesional, paraprofesional o terciaria. Son miembros de las comunidades donde trabajan y rinden cuentas ante ellos por sus actividades, y deben ser elegidos por las comunidades a las que sirven y contar con el respaldo del sistema de atención de la salud (85). Por ejemplo, podrían usar nuevas tecnologías sanitarias, sistemas de apoyo, equipos rápidos de pruebas del VIH y protocolos de tratamiento simplificados para mejorar la cobertura de las intervenciones en las cascadas de prevención, pruebas y tratamiento del VIH a medida que participan en la promoción de la salud y la atención primaria más amplias (85).

La integración de los trabajadores de la salud comunitarios en el sistema de atención de la salud tiene el potencial de ampliar la cobertura y reducir las inequidades en el acceso a los servicios de salud esenciales, particularmente en áreas marginadas o para poblaciones excluidas y vulnerables (86). En la India, la intervención de Asha-Life demostró que la participación de una agente de salud no profesional conocida como "Asha" (una mujer del pueblo capacitada en VIH o una activista de salud social acreditada) aumentó el impacto de la capacitación relacionada con el VIH para las mujeres rurales que viven con el VIH. La capacitación incluyó mecanismos de afrontamiento y reducción del estigma, y algunas mujeres recibieron capacitación de apoyo semanal de una Asha cuando se completó la capacitación. La Asha ayudó a monitorear las barreras al cumplimiento del tratamiento antirretroviral y brindó asistencia para mitigar las barreras que los participantes enfrentaban para acceder a la atención de la salud o al tratamiento prescrito. Esto incluyó acompañar a las mujeres al hospital del distrito o al psicólogo, o aconsejarlas sobre las estrategias de afrontamiento para ocuparse de las violaciones de derechos (como la discriminación). Seis meses después de la inscripción en las sesiones de capacitación, las mujeres a las que se les había asignado una Asha informaron reducciones significativamente mayores en el estigma y la evitación internalizadas que aquellas que no tuvieron una asignación; también mostraron mejoras significativas en el cumplimiento, los niveles de CD4 y otros parámetros de salud, así como una reducción en los síntomas depresivos (87).

"Las profesionales del sexo de Kenia saben lo que es mejor para el movimiento de las profesionales del sexo de Kenia": apoyo interseccional para problemas interseccionales

En Kenia, el Programa de Empoderamiento y Apoyo para Anfitrionas de Bares (Bar Hostess Empowerment and Support Programme, BHESP) comenzó como un grupo de profesionales del sexo y anfitrionas de bares que trabajan en conjunto contra el VIH, la violencia y la explotación. La organización de la sociedad civil creció para proporcionar una amplia gama de servicios que protegen y empoderan a las profesionales del sexo.

El BHESP tiene sus raíces en la comunidad de profesionales del sexo y se relaciona con la comunidad en general, se recluta a las profesionales del sexo para que protejan, cuiden y defiendan a sus compañeras. Algunas de las formas en que el BHESP hace esto incluyen las siguientes:

- Establecer 42 grupos de profesionales del sexo, capacitar a los líderes de grupos como educadores inter pares y ayudar a los participantes a acceder a los servicios de salud por su cuenta.
- Establecer centros de acogida y consulta, y colocar educadores inter pares en los hospitales para facilitar las derivaciones.
- Ejecutar un programa de atención domiciliaria para personas con enfermedades relacionadas con el SIDA.
- Involucrarse con los directores de las clínicas y los funcionarios de salud en nombre de los profesionales del sexo.
- Proporcionar capacitación de sensibilización para proveedores de atención de salud.
- Establecer dos centros de bienestar que brinden servicios gratuitos a los profesionales del sexo, incluidas pruebas y tratamientos para infecciones de transmisión sexual, detección de cáncer cervical y planificación familiar.

A través de estas diversas intervenciones de salud, el BHESP llega a aproximadamente 8000 profesionales del sexo en Nairobi y a otros 2000 en áreas que rodean la capital.

El BHESP también ofrece una serie de otros servicios para los profesionales del sexo de Kenia que complementan sus intervenciones de salud y abordan las barreras sistémicas que afectan su salud y seguridad, incluida la discriminación, la violencia, la detención arbitraria y cuestiones legales. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Monitorear la investigación médica para asegurar que no se violen los derechos de los profesionales del sexo y que no estén expuestos al riesgo.
- Participar en investigaciones que documentan la violencia contra los profesionales del sexo.
- Brindar un programa de asistencia legal que cuenta con educadores inter pares de profesionales del sexo que están capacitados como asistentes legales para brindar apoyo, asesoramiento, consejo y pago de fianzas las 24 horas.
- Establecer clínicas de asistencia legal trimestrales donde los profesionales del sexo pueden recibir consejos de abogados.
- Usar la ley para responsabilizar a la policía por mala conducta y ayudar a los profesionales del sexo a impugnar los cargos y seguir casos contra la policía.
- Construir puentes con los encargados del cumplimiento de la ley para evitar la violencia y el acoso, y organizar foros que reúnan a la policía y los profesionales del sexo para fomentar el entendimiento mutuo e identificar formas de reducir el abuso.
- Ayudar a los profesionales del sexo a recurrir a los tribunales para tomar medidas contra aquellos que violan sus derechos (como cuando retiran a sus hijos de su cuidado o cuando son objeto de abuso físico o de extorsión).
- Abogar por políticas y programas nacionales relacionados con el comercio sexual, incluida la priorización de programas para los profesionales del sexo dentro de la respuesta nacional al SIDA.
- Trabajar con los medios para crear sensibilización sobre los derechos de los profesionales del sexo y reducir la discriminación, y organizar manifestaciones sobre cuestiones como la falta de acción de la policía respecto de la violencia contra los profesionales del sexo (88).

En los Estados Unidos, los trabajadores de la salud comunitarios dirigieron sesiones educativas interactivas grupales en inglés y español para hispanos marginados en tres comunidades del sudoeste (89). Los trabajadores de la salud comunitarios vivían ellos mismos con el VIH o estaban afectados de alguna forma por el VIH, y las sesiones enfatizaban los valores culturales positivos y los activos de la comunidad como parte de los esfuerzos para disminuir el estigma y motivar cambios conductuales y actitudinales. Los resultados fueron positivos: los puntajes que evaluaron el estigma relacionado con el VIH entre los participantes disminuyeron significativamente, y aumentaron los conocimientos relacionados con el VIH, la disposición a hablar sobre el VIH con las parejas sexuales y la percepción del riesgo de infectarse por el VIH (89).

Un programa conjunto entre el gobierno y ocho organizaciones no gubernamentales en Tailandia para migrantes de Camboya y Myanmar ha capacitado a migrantes para actuar como asistentes de salud para sus pares. Estos asistentes distribuyen información, materiales educativos y de comunicación, así como preservativos dentro de las comunidades de migrantes y lugares de trabajo. La participación de estos voluntarios ha ayudado a abordar algunas de las barreras para acceder a los servicios de salud entre los trabajadores migrantes y les ha ayudado a tomar conciencia de sus derechos. El programa también ha establecido servicios de salud amigables para los migrantes dentro de las instalaciones de salud del gobierno que proporcionan diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (90).

Crear un entorno legal habilitante para que las personas accedan a la atención de la salud

La reforma o eliminación de leyes discriminatorias y punitivas, así como la implementación de normas legales protectoras empoderan a las personas y las comunidades y proporcionan un entorno donde la gente siente que puede acceder a los servicios de salud de manera segura, con dignidad y en igualdad de condiciones con los demás. También fortalece los mecanismos y las instituciones y se aumenta el acceso a los servicios de VIH, la atención de la salud y otros servicios sociales.

Despenalización del comercio sexual

En 2015, un modelo para medir el impacto de la despenalización del comercio sexual descubrió que la despenalización podría evitar del 33 al 46% de las infecciones por el VIH en la próxima década a través de "efectos combinados sobre violencia, acoso policial, entornos de trabajo más seguros y vías de transmisión del VIH" (91). Un estudio reciente entre 27 países europeos concluyó que los países que legalizaron algunos aspectos del comercio sexual vieron una prevalencia del VIH significativamente más baja entre los profesionales del sexo que aquellos que penalizaron todos los aspectos del comercio sexual (92).

En 2003, Nueva Zelanda despenalizó el comercio sexual y estableció un marco legal que tenía como objetivo salvaguardar los derechos humanos de los profesionales del sexo, protegerlos de la explotación, promover su bienestar y salud y seguridad ocupacional, y contribuir a la salud pública. Al mismo tiempo, el marco no respaldaba ni sancionaba moralmente el comercio sexual, y prohibía la participación de personas menores de 18 años en el comercio sexual (93). Una revisión de 2008 realizada por el gobierno de Nueva Zelanda encontró que los profesionales del sexo tenían un mayor acceso a la información de salud que antes de la despenalización, y que se sentían más cómodos al insistir en tener relaciones sexuales más seguras. Las tasas de VIH fueron insignificantes antes de la despenalización y continuaron así, y el número de profesionales del sexo en el país no aumentó (93).

Despenalización de la actividad sexual entre personas del mismo sexo

Cuando la conducta y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no son punibles por ley, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero están mejor capacitados para buscar la atención de la salud y otros servicios que necesitan. Existe evidencia de esto desde 1985, cuando un estudio en Australia que comparó a hombres homosexuales en diferentes jurisdicciones encontró que aquellos que vivían donde las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo fueron despenalizadas reportaron mejoras en el ajuste psicológico y una menor incidencia de infecciones de transmisión sexual (94).

En 2009, el Tribunal Superior de Delhi anuló las leyes que penalizaban el comportamiento sexual entre personas del mismo sexo basándose en que estas leyes violaban la Constitución de la India, que establece la igualdad de todos los ciudadanos indios y el derecho a vivir con dignidad (95 a 97).⁹ Un estudio de 2013 encontró que el fallo había resultado en una mayor aceptación y confianza en sí mismo entre los hombres homosexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hijras, kothis y promotores rurales (95).¹⁰ También contribuyó a reducir el acoso por parte de los actores estatales e incrementó la aceptación social y familiar.

Despenalización del uso de drogas

En los países que han implementado la despenalización total o parcial del uso de drogas, ha habido impactos tangibles en la adicción, las muertes relacionadas con las drogas y la transmisión del VIH. La República Checa, por ejemplo, presenta una de las tasas más bajas de VIH entre los consumidores de drogas inyectables, y esto se ha atribuido a la despenalización de la posesión y el uso de pequeñas cantidades de drogas, junto con esfuerzos sólidos de reducción de daños (98).

En Portugal, a la combinación de una relajación significativa de la legislación antidroga en 2000 y del aumento progresivo de la reducción de daños le siguieron disminuciones en la tasa de delitos relacionados con el consumo de drogas, uso problemático de drogas y daños relacionados con las drogas (99, 100). También se caracterizó por un aumento posterior en el número de personas inscritas en el tratamiento de la dependencia a las drogas (99, 100). Tras estos cambios, los nuevos casos anuales de infección por el VIH entre personas que consumen drogas disminuyeron de 1575 en 2000 a 78 en 2013, y el número de nuevos casos de SIDA entre las personas que consumen drogas disminuyó de 626 a 74 durante el mismo periodo, lo que indica una mejora tanto en la prevención como en las cascadas de pruebas y tratamiento (101). Portugal no ha visto un aumento en el uso habitual de drogas desde el cambio legal, y el uso de drogas entre algunas poblaciones en realidad ha disminuido (102, 103).

Eliminación o adaptación de las leyes de consentimiento de los padres

Existe un amplio consenso de que las leyes de consentimiento de los padres restringen el acceso a la salud sexual y reproductiva y los servicios de VIH entre adolescentes y jóvenes, y que la eliminación de tales leyes servirá para mejorar su acceso. En un estudio realizado en los Estados Unidos, se observó un aumento sustancial en la aceptación de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH después de que

⁹ Esta decisión fue revocada por el Tribunal Supremo en 2013. En 2015, el Tribunal acordó revisar la decisión nuevamente (96).

¹⁰ Los hijras son "personas físicamente masculinas o intersexuales que se consideran un miembro del 'tercer sexo'".

Los kothis son "varones que muestran gestos femeninos obvios y que participan principalmente, o bien exclusivamente, en relaciones anales/orales receptivas con hombres" (95).

se modificara la ley del estado de Nueva Jersey para eliminar los requisitos del consentimiento de los padres para las pruebas del VIH (104). Lesoto, Sudáfrica y Uganda redujeron de manera similar la edad de consentimiento para las pruebas y el asesoramiento del VIH a 12 años (105). Se necesita más investigación para indagar el efecto de estas acciones en la aceptación de los servicios de pruebas y asesoramiento.

Introducción de la legislación protectora

La eliminación o ausencia de leyes y políticas que discriminen abiertamente a las personas que viven con el VIH y la gente en riesgo de infección por el VIH no es suficiente para terminar con el estigma y la discriminación. Proteger activamente los derechos de las poblaciones marginadas es esencial para mitigar el estigma y la discriminación de la sociedad. Esto incluye leyes que hacen lo siguiente:

- Prohibir la discriminación basada en el estado serológico respecto del VIH, la orientación sexual y la identidad de género en centros de atención de la salud y en otros lugares.
- Crear sistemas para manejar e investigar quejas de discriminación.
- Proteger la confidencialidad de la información personal y el derecho a acceder al tratamiento.

Esas medidas contribuyen a crear un entorno propicio en el que las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos de población clave puedan acceder genuinamente a los servicios y el apoyo que necesitan, y se sientan capacitados para ello.

La Ley de Identidad de Género de 2012 de Argentina, por ejemplo, ha tenido un impacto positivo en la calidad de vida de las personas transgénero en Argentina, incluido el aumento de su acceso a la educación, el trabajo y los servicios de salud (106, 107). La ley permite a las personas cambiar su nombre y género en sus documentos de identidad a través de un procedimiento administrativo simple; también garantiza el acceso a la atención de la salud integral, incluido el tratamiento hormonal y quirúrgico, basándose únicamente en el consentimiento informado de la persona (sin ningún otro requisito judicial, médico o administrativo). Un estudio realizado en 2014 mostró que la ley permitía un acceso mejor y más temprano a los servicios de salud entre las personas transgénero, incluidas las pruebas y el tratamiento del VIH. También resultó en una reducción significativa del estigma y la discriminación en los centros de atención de la salud: solo tres de cada 10 participantes informaron discriminación con base en su identidad de género después de la promulgación de la ley (en comparación con ocho de cada 10 anteriormente). Los encuestados señalaron que la aprobación de la ley generó una capacitación colectiva e individual que contrarresta la discriminación (106, 107).

Otras jurisdicciones han instituido medidas similares. La despenalización del comercio sexual en Nueva Zelandia en 2003 proporcionó protección al empleo, la salud, la seguridad y los derechos humanos a los profesionales del sexo (93). De manera similar, el Ministerio de Trabajo y Capacitación Vocacional de Camboya emitió en 2014 disposiciones sobre los derechos laborales de las trabajadoras del entretenimiento, muchas de las cuales son empleadas de manera informal y sus empleadores y clientes esperan que brinden servicios sexuales (108). Sus derechos laborales ahora incluyen el acceso a la información y los servicios de salud, los derechos a permiso por enfermedad y la protección contra la violencia y el acoso (109). Los inspectores del trabajo recibieron capacitación en seguridad laboral, derechos laborales, prevención del VIH y reducción del estigma y la discriminación contra las trabajadoras del entretenimiento que viven con el VIH (110).

"Un estudio sobre la introducción de leyes de protección para personas transgénero en Argentina encontró que los informes de discriminación en la atención de la salud con base en la identidad de género se redujeron a la mitad después de que la ley entró en vigor".

Numerosos países han promulgado leyes que protegen específicamente los derechos de las personas que viven con el VIH (111). En 2017, el parlamento indio aprobó el proyecto de ley sobre el VIH y el SIDA (prevención y control), que explícitamente exige que las personas que viven con el VIH o están afectadas por él tengan el mismo acceso a la educación, a la vivienda y al empleo. También protege los derechos de propiedad y requiere un consentimiento informado para las pruebas del VIH, el tratamiento y la divulgación del estado. La legislación incluye un proceso nacional para manejar las quejas relacionadas con el VIH, con un ombudsman en cada estado que tiene la facultad de emitir órdenes relacionadas con dichas quejas y la provisión de servicios de salud, y de imponer sanciones tales como multas y/o prisión (112, 113). Esto sigue a un fallo del Tribunal Supremo de la India en 2016 de que las personas transgénero tienen el derecho de autoidentificarse como hombres, mujeres o tercer género, y que el gobierno indio tiene la obligación de garantizar sus derechos fundamentales sin discriminación (96).

Fortalecer la rendición de cuentas para la atención de la salud sin discriminación

Todos los proveedores de atención de salud tienen el deber de cuidar a los pacientes; también tienen una obligación legal y moral de cumplir con un estándar de atención razonable al realizar actos que, previsiblemente, podrían causar daño a otros. Los principios éticos fundamentales en el corazón de la atención clínica son los de la no maleficencia (no dañar), la beneficencia (hacer el bien) y la confianza. Los profesionales sanitarios también deben tratar de garantizar que los pacientes reciban información adecuada sobre su estado de salud y posibles cursos de acción, y voluntariamente accedan a tratamientos y procedimientos, y que tengan la capacidad de comprender los posibles beneficios y riesgos de la atención que reciben (114). Este deber se le debe a todas las personas sin discriminación alguna.

Idealmente, este deber de atención se ve reforzado por leyes, políticas y estándares profesionales nacionales. Algunos países adoptan una legislación específica, mientras que otros tienen políticas o declaraciones redactadas por organismos profesionales nacionales o internacionales. Otros tienen estándares o precedentes desarrollados por los tribunales con el paso del tiempo. Dichos estándares deben exigir a los profesionales de la salud que brinden el mismo nivel de atención y tratamiento a todas las personas sin discriminación y, por lo tanto, brindar un nivel garantizado de protección y tratamiento a los pacientes. Deben existir sanciones por infracciones y los infractores deben rendir cuentas.

En Vietnam, el Decreto de 2013 sobre Sanciones por Infracciones Administrativas contra las Leyes Médicas se basó en la ley anterior de prevención y control del VIH/SIDA de 2006 que prohibía muchas formas de discriminación relacionada con el VIH. El Decreto estipula una serie de multas y recursos por actos de discriminación relacionada con el VIH que incluyen (entre otros) los siguientes:

- Revelar el estado serológico respecto del VIH u otros detalles personales sin consentimiento.
- Difundir fotos de personas que viven con el VIH o sus familias.
- No difundir información relacionada con el VIH o no proporcionar pruebas y asesoramiento.
- Obstruir el derecho a acceder a los servicios de VIH.
- Realizar pruebas forzadas de VIH.
- No brindar tratamiento a las personas que sean elegibles (115).

En 2014, el Tribunal Supremo de Namibia determinó que el gobierno de Namibia había incumplido su deber de asistencia a tres mujeres que vivían con el VIH que habían sido esterilizadas por la fuerza en un hospital público. Según el tribunal, el deber de atención incluía la obligación de garantizar que todo el tratamiento médico se realizara con el consentimiento informado del paciente (116). En el caso de las tres mujeres, este consentimiento no se había obtenido. La decisión del tribunal significaba que el gobierno estaba obligado a tomar medidas para eliminar la práctica de la esterilización forzada en el país (116).

El derecho a la salud: los mecanismos globales

El derecho a la salud, como todos los compromisos internacionales en materia de derechos humanos, requiere una monitorización multisectorial para garantizar la rendición de cuentas y el cumplimiento. A nivel mundial, existe una estructura rigurosa para hacer justamente eso, que consiste en exámenes expertos de países que se realizan a través de órganos de tratados, procedimientos especiales tales como grupos de trabajo y relatores, revisión inter pares a través del Consejo de Derechos Humanos y el Examen Periódico Universal (EPU), así como mecanismos de quejas individuales. Las organizaciones y las personas han utilizado estos mecanismos de diversas maneras para informar pruebas de que un país no cumple con sus obligaciones en virtud del derecho a la salud y para obtener recomendaciones de expertos y otros estados para rectificar tales fallas, incluso en relación con la discriminación, la atención de la salud y el VIH. Si bien tales recomendaciones no son exigibles, pueden utilizarse para garantizar la responsabilidad política, contribuir a la reforma legislativa, influir en las políticas y orientar los estándares profesionales (incluida la atención de la salud).

En 2016, el Comité de Derechos Humanos examinó la implementación de Costa Rica de sus obligaciones en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y elogió los esfuerzos del país para combatir la discriminación contra las personas que viven con el VIH, pero también señaló la preocupación de que ciertos grupos de población clave y vulnerable (gente privada de su libertad, personas LGBTI y migrantes en situaciones irregulares) "son discriminados y enfrentan problemas para encontrar empleo y acceder a servicios de salud y tratamiento médico" (117). El Comité de Derechos Humanos recomendó que Costa Rica adopte medidas específicas para crear conciencia sobre el VIH a fin de combatir los prejuicios y estereotipos y garantizar que las personas con VIH tengan acceso equitativo a la atención de la salud y al tratamiento médico.

Los organismos creados en virtud de tratados de derechos humanos también pueden recibir denuncias individuales de personas que afirman ser víctimas de violaciones de los derechos humanos. El organismo respectivo creado en virtud de tratados emitirá conclusiones y recomendaciones al estado parte involucrado.¹¹ En 1994, el Comité de Derechos Humanos sostuvo que una ley que penalizaba la homosexualidad en Tasmania, Australia, constituía una violación de la privacidad que equivalía a una discriminación basada en la orientación sexual en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El caso llevó a la derogación de las leyes de Tasmania contra la homosexualidad en 1997 (121).

"En 2014, una revisión encontró que el 48% de las recomendaciones del EPU se habían implementado total o parcialmente dentro de los 2,5 años posteriores a la revisión inicial".

El Examen Periódico Universal: un proceso de revisión inter pares de derechos humanos

El EPU se creó en 2006. Es un proceso único en el que el Consejo de Derechos Humanos y cualquier otro Estado Miembro de las Naciones Unidas interesado revisa el historial de derechos humanos de cada país. Entre otras cuestiones de derechos humanos, también alienta a los países a defender los derechos de las personas que viven con el VIH y aquellas en riesgo de infección (118). Por ejemplo, Rumania aceptó una recomendación de "aplicar sanciones efectivas para la discriminación contra las personas que viven con el VIH, prohibir las pruebas obligatorias del VIH como condición para el empleo y garantizar que las personas que viven con el VIH no sean arbitrariamente impedidas para trabajar o asistir a escuelas de formación profesional" (119).

Del mismo modo, Malawi aceptó una recomendación para "garantizar que las personas de las comunidades lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales tengan acceso efectivo a los servicios de salud, incluido el tratamiento del VIH/SIDA" (119).

En 2014, una revisión encontró que el 48% de las recomendaciones del EPU se habían implementado total o parcialmente dentro de los 2,5 años posteriores a la revisión inicial (120). Esto indica que el proceso del EPU es una herramienta poderosa para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud.

Los mecanismos de derechos humanos también existen a nivel regional. En 2006, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos se pronunció a favor de un hombre que vivía con el VIH y había sido arrestado en Moscú acusado de tráfico de drogas. El acusado padecía una enfermedad mental y varias enfermedades crónicas en el momento de su detención. Afirmó que no había recibido tratamiento médico adecuado en la prisión de detención y que las condiciones de su detención habían sido inhumanas y degradantes. El Tribunal dictaminó que la falta de asistencia médica oportuna al prisionero y la negativa a permitirle un examen médico independiente equivalía a un trato degradante. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos otorgó al demandante 12.000 euros por daños y perjuicios y 105.000 rublos (aproximadamente 3133 euros en ese momento) por costos y gastos (122). A diferencia de los organismos creados en virtud de tratados de la ONU, las decisiones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos tienen la ventaja de ser ejecutables a nivel de país. Más recientemente, el Tribunal detectó violaciones de los derechos a la privacidad y no discriminación cuando el personal médico divulgó el estado serológico respecto del VIH de un paciente a periódicos nacionales, donde los migrantes estaban sujetos a pruebas obligatorias y donde se negaron visados y permisos de residencia a personas que viven con el VIH (123 a 125).

¹¹ Los organismos creados en virtud de tratados con facultades para examinar quejas individuales son el Comité de Derechos Humanos de la ONU, el Comité de la ONU contra la Tortura, el Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación Racial, el Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres, el Comité de la ONU sobre los Trabajadores Migratorios, el Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Comité de la ONU de los Derechos del Niño, el Comité de la ONU de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité de la ONU contra la Desaparición Forzada.

"En 2006, el Tribunal Superior de Sudáfrica dictaminó que el gobierno no había tomado las medidas suficientes para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral para los presos que viven con el VIH y ordenó la provisión de tratamiento con efecto inmediato".

Fuera del sistema internacional de derechos humanos, el sistema mundial de monitorización del SIDA del ONUSIDA mide el progreso en relación con los compromisos y objetivos internacionales formulados en las declaraciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la respuesta mundial al SIDA. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas informan sobre un conjunto estándar de indicadores que miden el estado de la epidemia, la cobertura de servicios, los niveles de estigma y discriminación, el alcance de los esfuerzos antidiscriminatorios, el grado de participación pública en la respuesta nacional al SIDA y la disponibilidad de mecanismos de rendición de cuentas y barreras para acceder a ellos (126).

Responsabilidad judicial y administrativa

Cuando existen leyes y políticas protectoras, los grupos y las personas pueden usar el sistema judicial para garantizar que se respeten, implementen y cumplan sus derechos legales. Dependiendo de las leyes o el marco legal, las cortes y los tribunales pueden utilizarse para impugnar las decisiones y acciones de las organizaciones y los organismos públicos —incluidos la policía, los hospitales, las escuelas o los consejos de salud— o de las personas.

Por ejemplo, la Treatment Action Campaign (TAC), una coalición de organizaciones no gubernamentales sudafricanas que luchan por un acceso equitativo y asequible al tratamiento del VIH, presentó una impugnación legal basada en los derechos contra el Ministerio de Salud de Sudáfrica en 2001. La impugnación buscaba revertir la falta de voluntad del gobierno de extender la provisión de nevirapina, un medicamento que se ha demostrado eficaz para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En ese momento, las mujeres que vivían con el VIH en Sudáfrica no podían recibir nevirapina a menos que pudieran pagar atención sanitaria privada o acceder a la cantidad restringida de sitios en los que estaba disponible (127). El Tribunal Constitucional de Sudáfrica se pronunció a favor de la TAC y sostuvo que el gobierno no había cumplido con sus obligaciones constitucionales y que su política discriminaba a las personas desfavorecidas que no podían pagar los servicios de salud. Se requirió que el gobierno ampliara el acceso a nevirapina, lo que hizo; también elaboró una política basada en los derechos nacionales sobre la prevención de la transmisión materno-infantil (128). En 2006, el Tribunal Superior de Sudáfrica también dictaminó que el gobierno sudafricano y otros no habían adoptado medidas suficientes para garantizar el acceso al tratamiento antirretroviral a los presos que viven con el VIH, y les ordenó proporcionar tratamiento con efecto inmediato a todos los presos que cumplían con los criterios del Departamento Nacional de Salud de necesidad de tratamiento (129).

Los gobiernos también pueden ser considerados responsables ante los tribunales por no evitar las violaciones de los derechos, como la denegación de atención de la salud por parte de los proveedores de servicios de salud o el abuso o la discriminación en la atención sanitaria. En Kenia, el Centro de Derechos Reproductivos afirmó ante el tribunal que el Ministerio de Salud de Kenia era responsable de la discriminación y el abuso que sufrían las mujeres en los hospitales de maternidad públicos. En 2015, el Tribunal Superior de Kenia ordenó al Ministerio de Salud poner fin a tal discriminación y proporcionar una compensación económica a dos mujeres que fueron detenidas ilegalmente y sometidas a abuso físico, mental y verbal en un hospital de maternidad porque no podían pagar sus honorarios hospitalarios. El Tribunal Superior señaló que las mujeres sufrieron numerosas violaciones de los derechos humanos, incluido el derecho a la libertad y la dignidad, y que fueron discriminadas en función del nivel socioeconómico y el género (130).

El papel de las instituciones nacionales de derechos humanos

Las instituciones nacionales de derechos humanos (organismos nacionales independientes o mecanismos que promueven y protegen los derechos humanos) pueden asesorar a los gobiernos sobre el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, recomendar reformas legales, llevar a cabo investigaciones sobre abusos contra los derechos humanos, manejar denuncias y educar al público sobre sus derechos humanos.

En Argentina, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) recopila datos sobre las experiencias de discriminación por estado serológico respecto del VIH, orientación sexual, identidad de género, nivel socioeconómico, color de la piel y otras características (131). El INADI luego produce un mapa de discriminación que informa sobre los esfuerzos para eliminarla (131).

En Ghana, la Comisión de Derechos Humanos y Justicia Administrativa utiliza un mecanismo de informes multiplataforma. Las personas pueden denunciar las violaciones de sus derechos humanos, incluida la discriminación, a través de mensajes de texto, un sitio web dedicado o en persona, mientras permanecen en anonimato (132). Se da seguimiento a los informes a través de un proceso de mediación, investigación y adjudicación con el apoyo de organizaciones de derechos humanos y representantes legales, a menudo de manera pro bono (133).

Otros puestos u organizaciones nacionales, como los ombudsmen, las comisiones y los comisionados, pueden ejercer poderes similares de supervisión e investigación. En Perú, la Defensoría del Pueblo del Perú (ombudsman) publicó un informe en 2016 sobre las violaciones de los derechos de las personas LGBTI que exigía una serie de cambios legislativos, particularmente en relación con el VIH y la discriminación (134).

Garantizar que la justicia sea accesible y exigible

A menudo existen barreras importantes para acceder a los sistemas judiciales y de derechos humanos. Los casos judiciales pueden ser costosos, demorados e inaccesibles, sin mencionar públicos, lo que puede disuadir a quienes temen el estigma y la discriminación que pueden derivarse de la revelación del estado VIH-positivo o un comportamiento de riesgo, como participar en el comercio sexual. La ley también puede ser compleja tanto a nivel local como internacional, los jueces y funcionarios policiales pueden tener opiniones perjudiciales, las personas pueden desconocer sus derechos y la representación legal a menudo no está disponible o es inasequible (135). Para las personas que viven con el VIH y sus defensores, hay una serie de preocupaciones clave relacionadas con el acceso a la justicia y la adjudicación efectiva. Estas incluyen procedimientos judiciales que no mantienen la confidencialidad, un poder judicial que tiene un conocimiento limitado del VIH y cuestiones legales en torno al VIH, así como la falta de sensibilidad del tribunal ante las personas que viven con el VIH (135).

Esas preocupaciones llevaron a Kenia a establecer el único organismo legal específico para el VIH en el mundo: el Tribunal para el VIH y el SIDA. Establecido en virtud del artículo 25 de la Ley de Prevención y Control del VIH de Kenia de 2006, el Tribunal tiene el mandato de adjudicar casos relacionados con violaciones de los derechos humanos relacionados con el VIH. Aunque se han llevado a cabo investigaciones limitadas para evaluar su eficacia, hay pruebas de que el Tribunal ahora está logrando este mandato al abordar las barreras para acceder a la justicia y garantizar resoluciones rápidas y la aplicación resoluta de la ley (135).

En varios países, los consejos comunitarios asesores han brindado a las personas una mayor oportunidad de comunicar sus quejas y buscar reparación legal. En Suazilandia, las personas pueden denunciar violaciones de los derechos humanos relacionadas con el acceso a la salud a través de una línea telefónica gratuita y buzones de sugerencias colocados en las instalaciones; los informes se envían al Ministerio de Salud para ayudar a mejorar el acceso a la salud (136). En Kazajistán y Ucrania, las personas afectadas por la discriminación pueden reunirse con las autoridades sanitarias y participar de manera significativa a través de consejos comunitarios asesores (137).

En Nepal, se ha desarrollado un conjunto de herramientas para empoderar a las mujeres afectadas por el VIH para proteger sus derechos en centros de salud sexual y reproductiva para que se utilicen por redes, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales que trabajan con mujeres afectadas por el VIH. El conjunto de herramientas brinda información sobre los derechos individuales, las formas de acceder a la justicia si se violan los derechos y los métodos de movilización de las comunidades para involucrarse con los proveedores de servicios de salud y mejorar la transparencia y la rendición de cuentas (138).

Las organizaciones nacionales y regionales de derechos humanos también participan en la educación sobre los derechos. La Comisión Nacional de Derechos Humanos en México ha producido material educativo relacionado con el VIH, los derechos humanos y la discriminación (139). En el sur de Asia, una coalición de organizaciones comunitarias, asociados de las Naciones Unidas y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial) emitieron recientemente un informe de sensibilización para activistas y comunidades LGBTI. El informe proporciona instrucciones sobre cómo reportar las violaciones de los derechos humanos que enfrentan las personas LGBTI a las instituciones nacionales de derechos humanos en la región (140).

Una representación legal accesible y asequible es fundamental para acceder a los sistemas judiciales. Los programas de acceso legal que combinan servicios de salud y asistencia legal han demostrado ser particularmente efectivos. En Kenia, varias organizaciones no gubernamentales han integrado servicios legales en la atención de la salud. Algunos ejemplos de esto incluyen ubicar a un asistente legal u otro proveedor de servicios legales en una clínica de salud o capacitar a proveedores de atención de salud para identificar violaciones de derechos, brindar información a los clientes sobre la ley y proporcionar referencias para la asistencia legal y otros servicios junto con sus obligaciones de atención sanitaria. Una evaluación de estos programas descubrió que los profesionales sanitarios cualificados podrían ayudar a sus pacientes con documentos legales y a acceder a servicios legales apropiados, incluida la resolución alternativa de conflictos; esto, a su vez, dio como resultado una reparación y un sentido de justicia (141). La evaluación también encontró que las referencias de los trabajadores de la salud mejoraron el acceso de los clientes a las autoridades gubernamentales, los servicios de salud adicionales y la asistencia para tratar otros problemas que subyacen a la mala salud. Finalmente, los clientes de las clínicas de salud con servicios legales integrados mostraron un aumento en el conocimiento práctico sobre cómo acceder a otra asistencia legal (141).

"iMonitor+ les permite a los usuarios recibir o enviar información de atención de la salud sobre cosas como falta de existencias, complicaciones del tratamiento del VIH o experiencias positivas y negativas en los centros de salud".

En Indonesia, un instituto comunitario de asistencia jurídica y redes de profesionales del sexo y personas que usan drogas han trabajado juntos para poner a prueba o ampliar los servicios de asistencia jurídica para las poblaciones a las que atienden. El instituto proporciona educación legal y asistencia dirigida por pares para superar el estigma; también brinda apoyo de asistencia legal y apoyo a abogados que representan a personas que consumen drogas (133, 142). En Nigeria, las personas que viven con el VIH, abogados y grupos de la sociedad civil han formado una red de abogados para proporcionar asesoramiento legal y representación a personas que viven con el VIH, personas pertenecientes a minorías sexuales, profesionales del sexo y consumidores de drogas inyectables (143).

La tecnología digital e Internet pueden brindar un valioso apoyo para aumentar el acceso a la justicia. Una empresa de asistencia legal ugandés, Barefoot Law, ofrece consultas legales a través de las redes sociales; mientras que en Ucrania, los centros legales comunitarios están utilizando plataformas en línea para proporcionar asesoramiento virtual a los clientes (144, 145).

Responsabilidad social: el poder de las comunidades

Las organizaciones comunitarias desempeñan un papel esencial en los esfuerzos por documentar las violaciones de los derechos y la falta de cumplimiento de las leyes de protección. Al mismo tiempo, las organizaciones comunitarias ayudan a construir una sociedad civil más fuerte y más resiliente que pueda abogar mejor por los derechos de los grupos marginados.

Se ha demostrado que los esfuerzos de la comunidad para supervisar la prestación de atención sanitaria, como el uso de tarjetas de puntuación comunitarias, mejoran la utilización de clínicas de salud y los resultados de salud en India y Uganda (146). El uso de la tecnología móvil e Internet y las redes sociales brinda la oportunidad de llegar a un gran número de personas para la supervisión, la rendición de cuentas, la promoción y la difusión. Un ejemplo es iMonitor+, que se basa en una aplicación para teléfonos inteligentes. iMonitor+ les permite a los usuarios recibir o enviar información de atención de la salud sobre cosas como desabastecimientos, complicaciones del tratamiento del VIH o experiencias positivas y negativas en los centros de salud. Los usuarios también reciben información sobre dónde acceder a los servicios y están vinculados a otros mecanismos de apoyo. iMonitor+ se desarrolló en colaboración con organizaciones de la sociedad civil y se ha utilizado en Botsuana, Kenia, Indonesia, Filipinas, Sudáfrica y Tailandia (147).

De manera similar, la Asociación Nacional de Personas que Viven con VIH y SIDA en Malawi ha iniciado, con el apoyo de ONUSIDA, un programa para permitir que las personas que viven con el VIH envíen mensajes de texto para reportar la discriminación, falta de medicamentos y dificultades para acceder a los servicios (148). En Burundi, Costa de Marfil, Haití y Malawi, los mensajes de texto también se utilizan para supervisar la calidad de los servicios de salud. Los promotores rurales colegas envían mensajes a miembros de grupos de población clave haciendo preguntas sobre la atención que han recibido recientemente (incluidas experiencias de estigma y discriminación con base en el estado serológico respecto del VIH), mientras que los trabajadores de la salud pueden completar encuestas cortas por SMS de forma habitual para evaluar su desempeño personal y el de su centro (149).

Es hora de terminar con la discriminación en el sector de la salud

Cada vez se reconoce más que las deficiencias en la cascada de servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH están alimentadas por el estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH y la gente con alto riesgo de infección por el VIH. Entre los 36,7 millones [30,8 millones a 42,9 millones] de personas que vivían con el VIH en todo el mundo a finales de 2016, se estima que 11,2 millones desconocían su condición de VIH-positivo, otros 6,0 millones que sabían de su infección no tenían acceso a tratamiento antirretroviral y otros 3,6 millones en tratamiento no se suprimían viralmente (150). Mientras tanto, las nuevas infecciones por el VIH entre adolescentes y adultos han estado disminuyendo muy lentamente: más de 1,8 millones de nuevas infecciones ocurren cada año en todo el mundo (151).

La evidencia compilada en este informe muestra que la igualdad de acceso a los servicios de salud puede lograrse mediante el establecimiento de modelos de prestación de servicios centrados en las personas, marcos jurídicos y de políticas de apoyo, mecanismos de supervisión y aplicación, y capacitación de sensibilización de los trabajadores de la salud y otros garantes de derechos.

El momento para ampliar y potenciar estos enfoques es ahora. La ciencia y las herramientas están disponibles, y los tratados internacionales y la Agenda para el Desarrollo Sostenible proporcionan un marco internacional para abordar la discriminación interseccional. Las personas, las comunidades y los gobiernos deberán trabajar juntos e invertir tiempo, dinero y otros recursos en todos los sectores. Sobre todo, las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos de población clave deben participar en la reducción de la discriminación y la planificación e implementación de los servicios de salud, y deben poder contribuir en todos los aspectos del proceso.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se ha visto reforzada por numerosos compromisos e iniciativas de la comunidad internacional, de la Declaración política del 2016 de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA, que incluye un llamado a los países para eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, a ONUSIDA y a la Agenda de la OMS para la cero discriminación en la atención sanitaria. ONUSIDA desarrolló su estrategia 2016-2017 con un compromiso claro de eliminar la discriminación en la atención de la salud, y la OMS lanzó una campaña en Oriente Medio y África septentrional para poner fin a la discriminación y al estigma en la atención de la salud para las personas que viven con el VIH (152 a 155). En 2017, el Fondo Mundial comprometió fondos específicamente para eliminar las barreras de los derechos humanos a los servicios de VIH e invertir en la reducción de las desigualdades en salud (156). También en 2017, las Naciones Unidas emitieron una declaración conjunta de 12 organismos pidiendo una reforma legal para eliminar las leyes punitivas que demuestran tener resultados negativos de salud, fortalecer las protecciones legales contra la discriminación, poner fin a la discriminación en la atención de la salud y la educación de los trabajadores de la salud y aquellos que usan los servicios de salud sobre los derechos y cumplir las responsabilidades en relación con la discriminación en la atención de la salud (157).

La evidencia muestra lo que se debe hacer para cumplir con esos compromisos y eliminar la discriminación: deben existir leyes y políticas sólidas, complementadas por el estado de derecho y que los trabajadores de atención de la salud, la policía y los jueces estén instruidos en los derechos de las personas y sean conscientes de ellos. La gente y los gobiernos deben rendir cuentas a las comunidades capacitadas y apoyadas mediante el uso de tribunales, órganos administrativos y las Naciones Unidas. Las comunidades comprometidas y capacitadas pueden supervisar los servicios de salud, mejorar la prestación de servicios y ayudar a atender las quejas. Cuando los gobiernos nacionales y locales ponen en práctica estas medidas, se puede cumplir la promesa mundial de no dejar a nadie atrás y se eliminan barreras significativas para lograr el objetivo mundial de acabar con el SIDA como una amenaza a la salud pública.

"Cerrar las brechas en la cobertura del servicio requiere la capacitación de las poblaciones que a menudo se quedan atrás: las mujeres y las niñas, los jóvenes, los grupos de población clave y las personas que viven con el VIH. Todos los programas nacionales de SIDA requieren un fuerte elemento de capacitación de la comunidad y esfuerzos específicos para abordar las barreras legales y políticas".

Revitalizar la respuesta ante el SIDA para catalizar el desarrollo sostenible y la reforma de las Naciones Unidas

Informe del Secretario General
7 de abril de 2017

Referencias

1. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin A, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
2. People Living with Stigma Index surveys, 2011–2016.
3. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;Mar 11(13):220.
4. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621–7.
5. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017.
6. Dhingra N. HIV prevention cascade: India’s experience. Presented 8 December 2016 in Geneva, Switzerland.
7. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):81.
8. King EJ, Maman S, Bowling JM, Moracco KE, Dudina V. The influence of stigma and discrimination on female sex workers’ access to HIV services in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2597–603.
9. Nyblade L, Reddy A, Mbote D, Kraemer J, Stockton M, Kemunto C. The relationship between health worker stigma and uptake of HIV counseling and testing and utilization of non-HIV health services: the experience of male and female sex workers in Kenya. *AIDS Care*. 2017:1–9.
10. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2016.
11. Measuring HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. Report of a pilot: Developing Tools and Methods to Measure HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand, 2014.
12. Population-based surveys, 2011–2016.
13. People Living with HIV Stigma Index [website]. Global Network of People with HIV/AIDS, International Community of Women living with HIV/AIDS, UNAIDS; 2017 (<http://www.stigmaindex.org/>, accessed on 30 June 2017).
14. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.

15. Ti L, Hayashi K, Kaplan K, Suwannanwong P, Wood E, Montaner J et al. HIV test avoidance among people who inject drugs in Thailand. *AIDS Behav.* 2013;17(7):2474–8.
16. Evidence brief: HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia—2014 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-hiv-testing-evidence-brief.pdf>, accessed on 1 June 2017).
17. Njau B, Ostermann J, Brown D, Mühlbacher A, Reddy E, Thielman N. HIV testing preferences in Tanzania: a qualitative exploration of the importance of confidentiality, accessibility, and quality of service. *BMC Public Health.* 2014;14:838.
18. HIV and young transgender people. Technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
19. UNAIDS 2017 National Commitments and Policy Instrument.
20. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A, Makumbi F, Esiru G, Arinaitwe J. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):94.
21. Remien RH, Bauman LJ, Mantell JE, Tsoi B, Lopez-Rios J, Chhabra R et al. Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(1):s16–s24.
22. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2017;31(7):995–1007.
23. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. 2013;16(3 Suppl 2):18640.
24. Strengthening pharmaceutical management for better health worldwide: adherence to antiretroviral therapy. *Management Sciences for Health*; 2006 ([http://www.who.int/hiv/amds/\(3.6\)MSH%20Adherence.ppt](http://www.who.int/hiv/amds/(3.6)MSH%20Adherence.ppt)).
25. Drug user peace initiative: stigmatising people who use drugs. London: International Network of People Who Use Drugs; 2014 (https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/Civil/INPUD/DUPI-Stigmatising_People_who_Use_Drugs-Web.pdf, accessed 6 April 2016).
26. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJ, Belém JM, dos Santos Figuerido FW et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16:2.

27. Benoit C, McCarthy B, Jansson M. Stigma, sex work, and substance use: a comparative analysis. *Sociol Health Illn.* 2015;37(3):437–51.
28. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy.* 2015;26(1):s16–s21.
29. World Report 2017: Philippines Events of 2016. In: Human Rights Watch [website]. New York, 2017 (<https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/philippines>, accessed on 13 September 2017).
30. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2012–2016.
31. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2015.
32. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2011–2016.
33. WHO, London School of Hygiene & Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
34. Gari S, Malungo JR, Martin-Hilber A et al. HIV testing and tolerance to gender based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PLoS One.* 2013;8(8):e71922
35. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI et al. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):178
36. Maxwell L, Devries K, Zions D et al. Estimating the effect of intimate partner violence on women’s use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118234.
37. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva: UNAIDS; 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed on 18 May 2017).
38. Awiti Ujji O, Ekström AM, Ilako F, Indalo D, Wamalwa D, Rubenson B. Reasoning and deciding PMTCT-adherence during pregnancy among women living with HIV in Kenya. *Cult Health Sex.* 2011;13:829–40.
39. Duff P, Kipp W, Wild TC, Rubaale T, Okech-Ojony J. Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:37.
40. Bwirire LD, Fitzgerald M, Zachariah R, Chikafa V, Massaquoi M, Moens M et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(12):1195–200.
41. Mepham S, Zondi Z, Mbuyazi A, Mkhwanazi N, Newell ML. Challenges in PMTCT antiretroviral adherence in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care.* 2011;23:741–7.

42. Adeniyi VO, Thomson E, Ter Goon D, Ajayi IA. Disclosure, stigma of HIV positive child and access to early infant diagnosis in the rural communities of OR Tambo District, South Africa: a qualitative exploration of maternal perspective. *BMC Pediatr.* 2015;15:98.
43. United Nations Development Programme, Women of Asia Pacific Plus (WAP+), Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), South Asian Association For Regional Co-operation in Law (SAARCLAW). Protecting the rights of key HIV-affected women and girls in health care settings: a legal scan. Regional report. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013.
44. Overs, C. Sex work law map. In: Institute for Development Studies [website]. London, 2017 (<http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/about-map> accessed 20 September 2017).
45. Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. Brussels: International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Association (ILGA); 2017.
46. Death Penalty Project. In: Harm Reduction International [website] (<https://www.hri.global/death-penalty-project>, accessed 14 September 2017).
47. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV.* 2017;4:e357–74.
48. Bourmont M, David S. Hidden victims of war on drugs. *Phnom Penh Post.* 24 February 2017 (<http://www.phnompenhpost.com/national/hidden-victims-war-drugs>).
49. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2004.
50. Poteat T, Diouf D, Drame FM, Ndaw M, Traore C, Dhaliwal M et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One.* 2011;6(12):e29760.
51. Schwartz S, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S et al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV.* 2015;2(7):e299–e306.
52. Tell me where I can be safe: the impact of Nigeria's Same Sex Marriage (Prohibition) Act. In: Human Rights Watch [website]. New York; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/10/20/tell-me-where-i-can-be-safe/impact-nigerias-same-sex-marriage-prohibition-act>).
53. Results of documenting violence against sex workers in Kyrgyzstan. Shah-Ayim Network, Soros Foundation-Kyrgyzstan; 2016 (unpublished).

54. Annual report 2016/2017: Kyrgyzstan. London: Amnesty International; 2017.
55. Davis SL, Goedel WC, Emerson J, Guven BS. Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–8.
56. The Gap report 2014: migrants. Geneva: UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04_Migrants.pdf, accessed on 1 June 2017).
57. Welcome (not): how travel restrictions have changed since 2008 [website]. UNAIDS (http://www.unaids.org/sites/default/files/20150526_evolution_travel_restrictions_en.pdf, accessed on 15 September 2017).
58. Ghent A. Overcoming migrants' barriers to health. *Bulletin of the World Health Organization.* 2008;86:577.
59. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health.* 2015;15:1228.
60. Ten reasons why criminalization of HIV transmission harms women. Athena Network [website] (<http://www.athenanetwork.org/our-work/promoting-sexual-and-reproductive-health-and-rights/10-reasons-why-criminalizationharms-women.html> accessed 20 September 2017).
61. Csete J, Pearshouse R, Symington A. Vertical HIV transmission should be excluded from criminal prosecution. *Reproductive Health Matters.* 2009;17(34):154.
62. Greater involvement of people living with HIV (GIPA). Good practice guide. International HIV/AIDS Alliance, Global Network of People Living with HIV; 2010 ([http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-\(GIPA\)_original.pdf?1405586730](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-(GIPA)_original.pdf?1405586730)).
63. What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization; 2016.
64. Namibia: maternity waiting homes protect newborns and mothers. In: World Health Organization [website]. January 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/features/2016/namibia-maternity-waiting-homes/en/>).
65. Surveillance report of the 2014 National HIV Sentinel Survey. Windhoek: Namibia Ministry of Health and Social Services; 2014 (http://www.mhss.gov.na/files/downloads/12f_2014%20National%20HIV%20Sentinel%20Survey.pdf, accessed 29 August 2017).
66. Zapata T, Forster N, Campuzano P, Kambapani R, Brahmabhatt H, Hidinua G et al. How to integrate HIV and sexual and reproductive health services in Namibia. The Epako Clinic case study. *Int J Integr Care.* 2017;17(4):1.
67. Argentina submission. In: UNAIDS Programme Coordinating Board, Thirty-Eighth Meeting, agenda item 8. Thematic segment: the role of communities in ending

AIDS by 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20160616_UNAIDS_PCB38_CRP1_EN.pdf, accessed 29 August 2017).

68. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav.* 2011;15(5):930–7.
69. Nandi S, Beanland R. Systematic review on the evidence-base for eliminating stigma and discrimination in healthcare settings.. New York, NY: ICAP at Columbia University; 2017.
70. Jones DL, Zulu I, Vamos S, Cook R, Chitalu N, Weiss SM. Determinants of engagement in HIV treatment and care among Zambians new to antiretroviral therapy. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2013;24(5):e1–12.
71. Basso CR, Helena ET, Caraciolo JM, Paiva V, Nemes MI. Exploring antiretroviral therapy intake scenes in a human rights-based intervention to improve adherence: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2013;17(1):181–92.
72. Go VF, Frangakis C, Le Minh N, Ha TV, Latkin CA, Sripaipan T et al. Increased survival among HIV-infected PWID receiving a multi-level HIV risk and stigma reduction intervention: results from a randomized controlled trial. *J Acq Immun Def Syndr.* 2017;74(2):166–174.
73. Ferrer L, Cabieses B, Norr K, Cianelli R, Araya A, Irarrazabal L et al. Effectiveness of an educational program about the Chilean AIDS law in primary care health workers. *Rev Med Chile.* 2011;139(5):625–632.
74. Beanland RL, Siegfried N, Oliver J. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. Unpublished.
75. Mockiene V, Suominen T, Valimaki M, Razbadauskas A, Martinkenas A, Caplinskas S. The impact of an education intervention to change nurses' HIV-related knowledge and attitudes in Lithuania: a randomized controlled trial. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2011;22(2):140–149.
76. Arora S, Jyoti S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *International Journal of Nursing Education.* 2014;6(1):88–92.
77. Held SL. The effects of an AIDS education program on the knowledge and attitudes of a physical therapy class. *Phys Ther.* 1993;73(3):156–164.
78. Varas-Diaz N, Neilands TB, Cintron-Bou F, Marzan-Rodriguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negron S et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18670–18670.

79. Norr K, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden K, Irarrázabal L, Cabieses B Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *JANAC*. 2012;23(1):73–86.
80. Kent A, Myer L, Flisher AJ, Mathews C, Lombard C. Introducing HIV/AIDS to South African health sciences students. *Med Teach*. 2005;27(7):647–649.
81. Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Pub Health*. 2013;103(2):286–292.
82. HealthWISE. Work improvement in health services. Action manual. World Health Organization, International Labour Organization; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237276.pdf).
83. ILO and WHO team up to improve working conditions in the health sector. In: International Labour Organization [website]. 30 July 2014. Geneva: International Labour Organization; 1996–2017 (http://www.ilo.org/global/aboutthe-ilo/newsroom/news/WCMS_250150/lang--en/index.htm).
84. “The time has come”: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013 (http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/the_time_has_come/en/).
85. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Technical brief by the H4+ (UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO and the World Bank). Geneva: World Health Organization; 2015.
86. Terms of reference for thematic hub on policy dialogue on community-based health workers. Global Health Workforce Network, World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/hrh/network/GHWN_CHWhub_19May2017.pdf?ua=1).
87. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem B, Sinha S, Ganguly K, Leake B et al. Impact of Asha Intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *Western J Nurs Res*. 2013;35(7):867–883.
88. No turning back: examining sex worker-led programs that protect health and rights. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-turning-back-20160701.pdf>).
89. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved Latinos in the southwestern U.S. *Public Health Rep*. 2015;130(5):458–467.

90. Pinyosinwat T. PHAMIT: a program on HIV/AIDS prevention among migrant workers. *Field Actions Science Reports*. 2009;3 (<https://factsreports.revues.org/310>).
91. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
92. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134–e140.
93. New Zealand Government. Report of the Prostitution Law Review Committee on the operation of the Prostitution Reform Act 2003. Wellington: Ministry of Justice; 2008 (<http://prostitutescollective.net/wp-content/uploads/2016/10/report-of-the-nz-prostitution-law-committee-2008.pdf>).
94. Sinclair K, Ross MW. Consequences of decriminalization of homosexuality: a study of two Australian states. *J Homosex*. 1985;12(1):119–27.
95. Jain D. Impact of the decriminalization of homosexuality in Delhi: an empirical study. *The Arkansas Journal of Social Change and Public Service*. 2013 (<http://ualr.edu/socialchange/2013/01/13/impact-of-the-decriminalization-ofhomosexuality-in-delhi-an-empirical-study/>).
96. Making transgender rights a reality in India. In: Human Rights Watch [website]. New York: Human Rights Watch; 2017 (<https://www.hrw.org/news/2017/07/25/making-transgender-rights-reality-india>).
97. Beyrer C. Pushback: the current wave of anti-homosexuality laws and impacts on health. *PLoS Med*. 2014 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001658>).
98. Annual report: the Czech Republic drug situation. Prague: The National Monitoring Centre for Drugs and Addiction; 2013 (https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/628/AR_2013_en_v2015-02.pdf).
99. Domośłowski A. Drug policy in Portugal: the benefits of decriminalizing drug use. Warsaw: OpenSociety Foundations; 2011 <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf>).
100. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Br J Criminol*. 2010;50:999–1022.
101. Drug decriminalization in Portugal: a health-centred approach. New York: Drug Policy Alliance; 2015 (https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Portugal_Decriminalization_Feb2015.pdf).

102. Portugal: country drug report, 2017. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, SICAD; 2017 (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf_en, accessed 28 August 2017).
103. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. A quiet revolution: drug decriminalization across the globe. London, UK: Release; 2016 (<https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/A%20Quiet%20Revolution%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf>, accessed 28 August 2017).
104. Ashiru BO, Paul SM, Spaulding AC. HIV testing for minors without parental consent: has new legislation in New Jersey increased the number of adolescents being tested for HIV? Presented at the 135th American Public Health Association Annual Meeting, Washington DC, 3–7 November 2007. Abstract 157071.
105. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013.
106. Aristegui I, Romero M, Dorigo A, Gomez Lucas M, Zalazar V, Rodriguez L et al. Transgender people perceptions of the impact of the gender identity law in Argentina. Presented at the 20th International AIDS Conference (AIDS 2014), Melbourne, 20–25 July 2014.
107. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped; 2014 (<https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/OSI-informe-FINAL.pdf>).
108. Hsu LN, Howard R, Torriente AM, Por C. Promoting occupational safety and health for Cambodian entertainment sector workers. *New Solut.* 2016;26(2):310–13.
109. Prakas on working conditions, occupational safety and health rules of entertainment service enterprises, establishments and companies. No: 194 KB/ Pr.K. Unofficial English translation. Phnom Penh: Ministry of Labour and Vocational Training; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_344809.pdf).
110. Cambodian entertainment workers welcome new regulation on labour rights. In: UNAIDS [website]. 12 November 2014. Geneva: UNAIDS (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/november/20141111_cambodia).
111. Eba P. HIV specific legislation in sub-Saharan Africa: a comprehensive human rights analysis. *Afr. Hum. Rights Law J.* 2015;15(2):224–262.
112. The Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome (Prevention and Control) Bill, 2014. In: PRS Legislative Research [website]. Prsindia.org; 2017 (<http://www.prsindia.org/billtrack/the-humanimmunodeficiency-virus-and-acquired-immune-deficiency-syndrome-prevention-and-control-bill-2014-3126/>).

113. India: law bans discrimination against AIDS patients. In: United States Library of Congress: Global Legal Monitor [website]. 27 April 2017 (<http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/india-law-bans-discrimination-against-aidspatients/>).
114. Global health ethics: key issues. World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033_eng.pdf?ua=1).
115. Decree No. 176/2013/ND-CP, dated November 14, 2013, penalties for administrative violations against medical laws. In: [website] (<http://hethongphapluatvietnam.com/decreed-no-176-2013-nd-cp-dated-november-14-2013-penalties-for-administrative-violations-against-medical-laws.html>, accessed 29 August 2017).
116. Government of the Republic of Namibia v LM and Others (SA 49/2012) [2014] NASC 19. In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/na/cases/NASC/2014/19.html>).
117. Human Rights Committee. Concluding observations on the sixth periodic report of Costa Rica. CCPR/C/CRI/CO/6. 2016 (http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/CRI/CO/6&Lang=En).
118. Fact sheet: Human Rights Council—Universal Periodic Review. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2008 (<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Documents/UPRFactSheetFinal.pdf>).
119. Database of recommendations [database]. In: UPR-Info. UPR-Info; 2017 (<https://www.upr-info.org/database/>).
120. Beyond promises: the impact of the UPR on the ground. Geneva: UPR-Info; 2014 (https://www.upr-info.org/sites/default/files/general-document/pdf/2014_beyond_promises.pdf).
121. Toonen v Australia. Communication No. 488/1992. UN Doc CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).
122. Khudobin vs Russia (ECHR, 2006).
123. Armonas v. Lithuania and Biriuk v. Lithuania (36919/02) (ECHR, 2008).
124. Novruk and Others v. Russia (31039/11, 48511/11, 76810/12, 14618/13 and 13817/14) (ECHR, 2016).
125. Kiyutin v. Russia (2700/10) (ECHR, 2011).
126. UNAIDS. Global AIDS Monitoring, 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDSMonitoring_en.pdf, accessed 16 May 2017).

127. Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others (No 2) (CCT8/02) [2002] ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033 (5 July 2002). In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.html>).
128. Meier BM, Yamin AE. Right to health litigation and HIV/AIDS policy. *J Med Law Ethics*. 2011;39(1):81–84.
129. EN and Others v Government of RSA and Others (2006) AHRLR 326 (SAHC 2006). In: African Human Rights Case Law Database [website]. Centre for Human Rights, University of Pretoria (<http://www.chr.up.ac.za/index.php/browse-bysubject/450-south-africa-en-and-others-v-government-of-rsa-and-others-2006-ahrlr-326-sahc-2006.html>).
130. Kenyan High Court: maternity hospital illegally imprisoned women, violated human rights. In: Center for Reproductive Rights [website]. 17 September 2015. New York: Center for Reproductive Rights; 2015 (<https://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-humanrights>).
131. Mapa nacional de la discriminación. Segunda edición. Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; 2014 (<http://www.inadi.gob.ar/mapa-discriminacion/documentos/mapa-de-la-discriminacionsegunda-edicion.pdf>).
132. Discrimination reporting system. In: Commission on Human Rights and Administrative Justice (CHRAJ) Ghana [website]. Accra; 2012 (<http://drs.system.chrajghana.com/>).
133. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WAD2015_report_en_part01.pdf).
134. Derechos humanos de las personas LGBTI: necesidad de una política pública para la igualdad en Perú. Lima: Defensoría del Pueblo; 2016 (<https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-175--Derechos-humanos-de-personas-LGBTI.pdf>).
135. Eba PM. The HIV and AIDS tribunal of Kenya: an effective mechanism for the enforcement of HIV-related human rights? *Health Hum Rights*. 2016;18(1).
136. Access Equity Rights Now. Swaziland: MaxArt Newsletter 8. 2016 [http://www.stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/filemanager/0142-Opmaak_editie_8-Nieuwsbrief_MaxART_Webversie.pdf accessed 15 September 2017).
137. Alexandrova O, Kurbatova L, Bakulin M, Kamilova S. Monitoring and documenting cases of discrimination in the provision of services in HIV infection in medical institutions in Eastern Europe and Central Asia: thesis of the Fifth Conference on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia. Moscow 2016 (in Russian).

138. Empowering women affected by HIV to protect their rights at health care settings. Positive protection. Training manual—facilitator’s guide. 2016. Kathmandu: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.apnplus.org/wp-content/uploads/2016/03/s-Guide-English.pdf>).
139. Cartillas sobre derechos humanos. In: Comisión Nacional de los Derechos Humanos [website]. Mexico City: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2010–2017 (<http://www.cndh.org.mx/Cartillas>).
140. How to report human rights violations faced by LGBT people to national human rights institutions (NHRIs) in South Asia. APCOM; 2017 (<https://apcom.org/wp-content/uploads/2017/02/Know-Your-Rights-A4-For-Web-Download.pdf>).
141. Evaluating the integration of legal support and health care in Kenya: findings from the second phase of the evaluation. Program on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health; 2011.
142. United Nations Development Programme, UNAIDS, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Review of country progress in addressing legal and policy barriers to universal access to HIV services in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/rbap-hhd-2016-review-of-country-progress.pdf>).
143. Demanding access to justice: UNAIDS spearheads establishment of the Coalition of Lawyers for Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Nigeria%20Case%20Study.pdf>).
144. Fallon A. Ugandan lawyer revolutionises access to justice with just an iPhone and Facebook. 29 May 2014. Inter Press Service.
145. Delivering Community Justice Services at Scale: Community Law Centres in Ukraine. In: Open Society Justice Initiative. 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/community-legalukraine-20160920.pdf> accessed 15 September 2017).
146. Goodwin L, Maru V. What do we know about legal empowerment? Mapping the evidence. *HJRL*. 2017;9(1):157–194.
147. Yadav V. iMonitor+: innovation and mobile technologies to tackle public health challenges. *Global Health and Diplomacy*. 2016;Fall (http://onlinedigeditions.com/article/iMonitor%2B%3A_Innovation_And_Mobile_Technologies_To_Tackle_Public_Health_Challenges/2590273/339758/article.html).
148. UNAIDS in Malawi: shaping a Fast-Track agenda to end AIDS. Lilongwe: UNAIDS Malawi; 2016 (https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Biennium%20Report-UNAIDS%20Malawi_0.pdf).

149. Everslage B. Zero discrimination day: Linkages uses SMS to collect feedback on health services for continuous program improvement. In: Linkages [website]. 1 Mar 2017 (<https://linkagesproject.wordpress.com/2017/03/01/zerodiscrimination-day-linkages-uses-sms-to-collect-feedback-on-health-services-for-continuous-program-improvement/>).
150. UNAIDS special analysis, 2017 (methods described in Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017).
151. Towards a global HIV prevention coalition and road map: preventing and reducing new HIV infections by 75% by 2020. Geneva: UNAIDS, 2017.
152. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030.. New York: United Nations General Assembly. 2016.
153. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf, accessed on 17 May 2017).
154. UNAIDS 2016–2021 strategy. On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, accessed 10 May 2017).
155. World AIDS Day 2016: “dignity above all”. In: World Health Organization [website]. 1 December 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.emro.who.int/media/news/world-aids-day-2016-dignity-above-all.html>, accessed on 20 May 2017).
156. HIV, human rights and gender equality. Technical brief. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2017.
157. Joint United Nations statement on ending discrimination in health-care settings. In: World Health Organization [website]. 30 June 2017. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>, accessed 4 July 2017).
158. Patel RC, Stanford-Moore G, Odoyo J, Pyra M, Wakhungu I, Anand K et al. “Since both of us are using antiretrovirals, we have been supportive to each other”: facilitators and barriers of pre-exposure prophylaxis use in heterosexual HIV serodiscordant couples in Kisumu, Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21134.



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

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org