

## PERSONAS EN MOVIMIENTO - CLAVE PARA TERMINAR CON EL SIDA<sup>i</sup>



Documentos adicionales para este artículo: ninguno

Acción requerida en esta reunión: la Junta Coordinadora del Programa está invitada a:

- 4.1 Recordando el artículo 25.1. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de sí mismo y de su familia, incluidos los alimentos, la ropa, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otro tipo de falta de subsistencia en circunstancias fuera de su control".
- 4.2 Recordando los puntos de decisión 4.1 a 4.6 de la 41ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA, relacionados con el VIH y las poblaciones migrantes y móviles, así como los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, así como el Informe sobre la brecha de ONUSIDA 2014;
- 4.3 Toma nota del informe;
- 4.4 Exhorta al Programa Conjunto a abordar las diversas necesidades, riesgos y vulnerabilidades de las poblaciones migrantes y móviles, así como de los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, y diseñar e implementar programas de prevención y respuesta al VIH para promover el acceso a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y servicios de apoyo;
- 4.5 Alienta al Programa Conjunto a implementar plenamente el Acuerdo General de Cooperación entre el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) para fortalecer la participación de la OIM en la respuesta al SIDA;
- 4.6 Pide al Programa Conjunto que apoye a los Estados miembros, en asociación con las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil y otros socios pertinentes, de conformidad con la legislación, el contexto y las prioridades nacionales, a:
  - Apoyar el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, para las poblaciones migrantes y móviles, así como para los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, incluso, según corresponda, a través del fortalecimiento de la cooperación internacional;
  - Contribuir a la generación y mejora de la disponibilidad de datos nacionales, regionales y locales sobre el VIH y la migración para mejorar la base de datos en relación con las necesidades de las poblaciones móviles;
  - Revisar y adaptar las leyes, políticas y prácticas que impiden que las poblaciones migrantes y móviles, así como los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis accedan a tratamientos que salvan sus vidas, con un enfoque particular en las poblaciones clave;
  - Fortalecer la capacidad técnica para que los sistemas nacionales de salud aborden el VIH y las comorbilidades entre las poblaciones migrantes y móviles, así como los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis.
  - Fomentar un entorno propicio para la cooperación entre los sistemas nacionales de salud, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil, incluso a través de la disponibilidad de recursos financieros;
- 4.7 Solicita al Programa Conjunto que informe sobre el progreso en la implementación de la respuesta al SIDA para las poblaciones migrantes y móviles, así como para los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, según corresponda;



## TABLA DE CONTENIDOS

1. RESUMEN EJECUTIVO .....	5
2. INTRODUCCIÓN .....	8
3. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	12
4. VOCES DE LA COMUNIDAD .....	31
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	49
6. ANEXOS .....	53

## 1. RESUMEN EJECUTIVO

1. La discusión y el diálogo en torno a las personas en movimiento se ha producido en las Naciones Unidas (ONU) desde al menos 1951, cuando se adoptó la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados y el precursor de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Comité Intergubernamental para las Migraciones Europeas (ICEM) fue establecido para ayudar a reasentar a las personas desplazadas por la Segunda Guerra Mundial. Cincuenta años después, el vínculo entre la migración, la movilidad de la población y el VIH surgió en la Declaración de compromiso de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA de 2001. En 2016, la OIM se convirtió en una organización relacionada a las Naciones Unidas. ONUSIDA y la OIM entraron por primera vez en un Marco de Cooperación en 1999, que luego se revisó en 2002 y en 2011. En 2017, la OIM y ONUSIDA renovaron un Acuerdo General de Cooperación para mejorar el diálogo y la cooperación con el fin de combinar y coordinar sus esfuerzos. En el Anexo 3 se proporciona una lista de otros documentos de políticas relevantes de la ONU que abarcan el período hasta 2018.
2. El Informe de las ONG's de 2018 a la JCP está destinado a ayudar a renovar y enfocar el diálogo en torno a las personas en movimiento para que se pueda alcanzar el objetivo de 2030 de acabar con el SIDA como una amenaza para la salud pública. La contribución de la delegación de las ONG's es apoyar a los Estados miembros para garantizar que las poblaciones móviles estén cubiertas por los servicios en sus países de origen, tránsito y destino.
3. Este informe se basa en el Informe de las ONG's de 2017, que demostró claramente que las poblaciones móviles están sobre-representadas entre las personas que viven con el VIH que no están diagnosticadas, que no reciben terapia antirretroviral (TAR) y no tienen el virus suprimido, incluso en países que han logrado o superado los objetivos 90-90-90.<sup>ii</sup> Esas ideas fueron fundamentales en la decisión de tomar a las personas en movimiento como tema del Informe de las ONG's de 2018.
4. Para los fines de este informe, y dada la falta de consenso internacional sobre los términos clave como las poblaciones "móviles" o "migrantes", las personas en movimiento o la movilidad humana se utilizan como un término integral que incluye migración internacional, refugiados, personas experimentando desplazamientos internos o forzados, personas en movimiento debido a los impactos del cambio climático o migrantes laborales. Esto refleja la definición desarrollada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), que utiliza los términos migración y migrante para referirse a las personas en movimiento a través de una frontera internacional, así como dentro de los estados, e independientemente del estado legal, la disposición, la causa o la duración de la estadía.
5. Este informe explora ciertas tendencias globales clave: el aumento de la diversidad y la complejidad de la movilidad humana, el aumento de la prominencia de las mujeres en movimiento, el cambio en nuestro paradigma de salud hacia una apreciación más positiva del desarrollo y las personas en movimiento, el creciente reconocimiento de que la movilidad no se trata solo o incluso predominantemente de cruzar las fronteras

internacionales, sino también de los movimientos internos o dentro del país de la población, y el resurgimiento de los ataques a los derechos humanos y la migración internacional. Estas tendencias están teniendo impactos significativos en términos de la salud y la vulnerabilidad de las personas en movimiento frente al VIH.

6. Es difícil garantizar la continuidad de la atención durante el aumento actual en la movilidad de la población. El aumento de la movilidad de la población está confundiendo los enfoques tradicionales del financiamiento de la atención médica, que aún se basan en gran medida en la residencia estable, la ciudadanía, la categoría ocupacional o las relaciones familiares. La movilidad puede aumentar la exposición y la vulnerabilidad al VIH, la tuberculosis (TB) y la hepatitis viral. Además, los diversos desafíos legales y normativos encontrados en el proceso de mudanza pueden agravar las condiciones de salud y aumentar los costos de tratamiento, con una mayor morbilidad y mortalidad como posibles resultados. El hecho de que haya una falta de consenso internacional sobre las definiciones de los términos clave como migración y movilidad solo se suma a la complejidad de estos temas.
7. La Delegación recopiló experiencias de la comunidad y autoinformes que ilustran los desafíos clave relacionados con la movilidad y el VIH, principalmente a través de entrevistas de personas en movimiento y partes interesadas, así como a través de respuestas a encuestas. Las entrevistas se realizaron en todas las regiones representadas en la Delegación: África, Asia-Pacífico, Europa, América Latina y el Caribe y América del Norte. La mayoría de los participantes de la encuesta estaban empleados, con acceso a atención médica y con un buen conocimiento de los servicios disponibles para el VIH, la tuberculosis y, en menor medida, la hepatitis viral. Cerca de la mitad se autoidentificó dentro de un grupo de población clave. Procedían de 28 países de origen diferentes, predominantemente Colombia, India, Jamaica, Kenia, Nigeria, Filipinas, Polonia, los Estados Unidos de América (EE. UU.), Venezuela y Zambia. A lo largo del informe aparecen breves citas de personas en movimiento y de partes interesadas para resaltar los problemas que se están discutiendo.
8. Las personas en movimiento entrevistadas señalaron una serie de factores que pueden resultar en una mayor vulnerabilidad frente al VIH y las coinfecciones. Incluyeron barreras culturales y de idioma, temor a solicitar / acceder a servicios y ser reportados a las autoridades, falta de acceso a servicios específicos para personas en movimiento, falta de comprensión sobre el sistema de salud, malas condiciones de vida, comportamientos y prácticas sexuales de riesgo, y la falta de acceso a servicios de prevención.
9. Las partes interesadas entrevistadas se involucraron en una variedad de actividades, incluidos los servicios directos de VIH, la formulación de políticas, el apoyo legal, la promoción y la realización de campañas, la investigación, el desarrollo de capacidades y las clases de idiomas. La mayoría afirmó que involucraron a personas en movimiento como pares en la realización de sus actividades, incluso en liderazgo y gestión, servicios de primera línea, voluntariado e investigación.
10. En general, las partes interesadas señalaron necesidades y desafíos similares a los identificados por las personas en movimiento, incluida la ausencia de protecciones básicas, las dificultades para adquirir un estatus / legalización de su documentación, la falta de conocimiento sobre el VIH y las coinfecciones, falta de conocimiento y acceso a

servicios de salud cultural y lingüísticamente competentes y otros servicios, dificultades para obtener empleo, estigma y discriminación, aislamiento, pobreza, falta de vivienda, problemas de salud mental, temor a la violencia, temor a la criminalización / detención y deportación, y trauma.

11. El informe indica varias vías de buenas prácticas que, si se implementan y amplían, podrían darnos una mejor oportunidad de alcanzar las metas 2030. Estas buenas prácticas incluyen:
  - La participación significativa de las personas en movimiento;
  - Reformas legales y / o regulatorias;
  - Capacitación para personas en movimiento y proveedores de servicios relacionados;
  - Desarrollo de sistemas nacionales de salud y cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) que sean sensibles e incluyan a las personas en movimiento;
  - Garantizar la continuidad de la atención;
  - Abordar el estigma y la discriminación;
  - Protección contra la explotación económica;
  - Respuestas efectivas a las necesidades de los inmigrantes indocumentados.

12. El informe ilustra estas buenas prácticas a través de 12 estudios de caso de Brasil, Canadá, China, Alemania, India, Kirguistán, Filipinas, la Federación Rusa, Tailandia, Estados Unidos y Vietnam.

*“Varias agencias comunitarias y centros de salud comunitarios están haciendo un gran trabajo. Los más exitosos tienen personal que refleja las poblaciones a las que sirven”.*  
- Comisión Latina sobre el SIDA, Ciudad de Nueva York

13. El informe señala la falta de datos y evidencia sobre los vínculos entre la movilidad de la población y el VIH en general y sobre las necesidades de subpoblaciones específicas en movimiento. Sin la mejora de una base de datos integrada de movilidad poblacional y VIH, es poco probable que los legisladores o la planificación de la atención médica sean más sensibles e inclusivos para las personas en movimiento.
14. El informe reconoce que hay un número significativo de personas en movimiento que pertenecen a poblaciones clave en la respuesta al SIDA, porque también son hombres homosexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, mujeres trans, hombres trans y usuarios de drogas inyectables. Sin embargo, otras personas pueden tener un llamado para ser consideradas como poblaciones clave, incluidas las personas encarceladas y mantenidas en lugares cerrados como centros de detención o campamentos, personas con estatus "ilegal" o indocumentado, o porque un país específico puede haberlos designado internamente con base en el contexto nacional epidemiológico.
15. Finalmente, el informe presenta recomendaciones basadas en las siguientes conclusiones:

- El aumento, la aceleración y la diversidad relativamente recientes de la movilidad humana están agravando la vulnerabilidad de las personas en movimiento frente al VIH;
- Las poblaciones móviles enfrentan importantes obstáculos para acceder a los servicios de VIH y coinfecciones;
- Las poblaciones móviles, muchas de las cuales pertenecen a poblaciones clave, están en peligro de quedarse atrás en la respuesta al SIDA;
- Existe una gama de buenas prácticas innovadoras y escalables para avanzar en la respuesta al VIH y los servicios relacionados entre las comunidades móviles.

## 2. INTRODUCCIÓN

*"Deseo que otros países nos acepten sin negar nuestro derecho básico a la salud".*

*- Carlos, HSH migrante, Venezuela.*

16. La Delegación de las ONG's en la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA (JCP) prepara un informe anual sobre algún área de la respuesta al SIDA que necesite un perfil más alto, una perspectiva de política más enfocada y un sentido más claro de intención y acuerdo en todo el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH / SIDA. Para 2018, el informe de la delegación de las ONG's se centra específicamente en la respuesta al VIH para las poblaciones móviles, como clave para lograr la meta 2030 de acabar con la epidemia del SIDA. El informe apunta a:
- **Proporcionar una mejor comprensión** de (1.1) cómo se relaciona la movilidad de la población con el aumento de las vulnerabilidades frente al VIH; y (1.2) cómo las vulnerabilidades de las poblaciones móviles frente al VIH son una seria amenaza para el compromiso mundial de acabar con el SIDA para 2030;
  - **Ilustrar las buenas prácticas** para abordar las vulnerabilidades del VIH relacionadas con la movilidad de la población;
  - **Recomendar** cómo los Estados miembros y el Programa Conjunto pueden mejorar su enfoque para abordar las vulnerabilidades de las personas en movimiento frente al VIH.
17. El informe se basa en decisiones anteriores tomadas en las Naciones Unidas y a nivel internacional. Dentro de los cinco años posteriores a la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tres años después de que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptara la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Estados miembros acordaron uno de los primeros documentos de política internacional sobre movilidad de la población y migración: la Convención sobre El estatuto de los refugiados (1951), seguido de varias otras convenciones relevantes y decisiones de la Asamblea General. En 2008, la JCP emitió su Informe del Equipo internacional de trabajo sobre restricciones de viaje relacionadas con el VIH. Desde entonces, la JCP ha seguido tomando otras decisiones sobre el VIH y las poblaciones móviles. El Anexo 3 proporciona una breve descripción del marco político existente entre los Estados Miembros de la ONU.

18. Este informe examina la evidencia existente y las perspectivas de la comunidad sobre el tema para propiciar la urgencia de implementar acciones concretas para abordar las vulnerabilidades. La situación ya es demasiado grave y desesperada para demasiadas personas en movimiento, especialmente aquellas que viven con el VIH o que pertenecen a poblaciones clave. Solo con acciones urgentes, los Estados miembros podrán alcanzar los objetivos y metas 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

### **Metodología y limitaciones**

19. El informe se basa en una extensa revisión bibliográfica de más de 150 documentos. La revisión de la literatura se complementa con 27 entrevistas o testimonios personales de personas en movimiento, muchos de los cuales también participaron en la prestación de servicios. Además, hubo 83 respuestas de la encuesta. Las encuestas se realizaron en inglés y español en varios lugares del mundo.

20. Dada la importancia del contexto africano para la respuesta al SIDA, se llevó a cabo un grupo de enfoque separado con 15 partes interesadas. El informe también recopila 12 estudios de casos de buenas prácticas de Brasil, Canadá, China, Alemania, India, Kirguistán, Filipinas, la Federación Rusa, Tailandia, Estados Unidos y Vietnam. Esperamos que estas y otras buenas prácticas puedan reproducirse y ampliarse en otros lugares. El informe luego resalta las conclusiones y recomendaciones clave.

21. Las entrevistas, los grupos focales y las encuestas se utilizaron para recopilar datos cualitativos. Este enfoque metodológico se usa comúnmente para explorar las opiniones, experiencias, razonamientos y motivaciones de los participantes. El objetivo de este enfoque fue profundizar en la comprensión de la movilidad de la población, junto con las descripciones disponibles en la revisión de la literatura.

22. Los métodos utilizados en este informe no pretenden proporcionar datos cuantitativos ni ser predictivos de ninguna manera. No hay intención de producir mediciones, datos numéricos o análisis estadísticos. El informe tampoco proporciona ninguna cuantificación de actitudes, opiniones y comportamientos para generalizar sus resultados a una población más amplia de la sociedad civil o personas en movimiento en general. En su lugar, este informe se basa en una revisión de la literatura y datos cualitativos, como se señaló anteriormente.

23. Este informe no es un estudio exhaustivo del área enormemente diversa de la movilidad humana global. Tampoco se pretende que sea una declaración final en un área que todavía está evolucionando rápidamente y que aún requiere una investigación cuantitativa y cualitativa más profunda. En cambio, el informe, junto con sus conclusiones y recomendaciones, se basa en el trabajo y las prioridades de muchos investigadores, activistas comunitarios, personas móviles y otras partes interesadas de todo el mundo. Como tal, es un aporte pertinente de la delegación de las ONG's cuya función es llevar la voz de las comunidades a la primera línea del VIH en la reunión de la JCP.

### **Un aviso sobre las definiciones**

24. No existe una definición acordada internacionalmente para los términos "movilidad", "migración" o "migrante". La movilidad se ve a veces como el proceso general del viaje humano en busca de una vida mejor, mientras que la migración se considera como un

término legal o administrativo que se refiere al cruce de fronteras o límites geográficos. Hasta hace relativamente poco, la migración se refería al proceso de dejar el país de origen o de nacimiento para ir a otro país para iniciar una nueva vida o medio de vida.

25. Por ejemplo, ACNUR señala que los refugiados son personas que huyen de conflictos armados o persecución, y que este grupo está definido y protegido por el derecho internacional; ACNUR también ve a los migrantes como personas que deciden mudarse no por amenazas directas, sino principalmente para mejorar sus vidas.<sup>iii</sup> Al basarse en estas definiciones de ACNUR, por ejemplo, un hombre gay que vive con VIH que se muda de Hungría a Alemania dentro de la Unión Europea en el curso de la búsqueda de un trabajo parece calificar como migrante, aunque esa persona se fue de Hungría porque se sentía insegura dentro del clima político actual en Hungría y su calidad de vida y seguridad se deteriorarían sustancialmente si regresara. ¿Es esta persona un refugiado o un migrante?
26. La movilidad de la población se produce dentro de los países por muchas de las mismas razones que la movilidad transfronteriza, por ejemplo, para buscar trabajo, escapar de conflictos o evitar prejuicios. Sin embargo, al igual que con la migración internacional, el alcance de la movilidad en el país ha aumentado significativamente en el pasado reciente, y en ocasiones se superpone con la movilidad transfronteriza. Como resultado, si bien puede haber distinciones más claras entre la migración internacional y la movilidad dentro del país, la situación ya no es simple y las definiciones tradicionales pueden no encajar fácilmente en la realidad contemporánea. En efecto, la adhesión estricta a nuestras definiciones tradicionales corre el riesgo de dejar atrás a ciertas personas.
27. La OIM ha producido una definición de migración que es más completa que las definiciones tradicionales. Al cubrir tanto el movimiento internacional como el nacional, se refiere a un migrante como:  
"Cualquier persona que se mude o se haya mudado a través de una frontera internacional o dentro de un Estado fuera de su lugar de residencia habitual, independientemente de (1) el estado legal de la persona; (2) si el movimiento es voluntario o involuntario (3) cuáles son las causas del movimiento, o (4) cuál es la duración de la estancia".<sup>iv</sup>

La delegación de las ONG's ve esta definición de la OIM como un ejemplo del tipo de replanteamiento inclusivo que necesitamos con urgencia.

28. Este Informe de las ONG's no pretende resolver estos conflictos de definición. Sin embargo, para los propósitos de este informe, y dada la falta de consenso sobre muchos términos clave, **las personas en movimiento o la movilidad humana** son vistas como un concepto integral que incluye la migración internacional, los refugiados, las personas que experimentan desplazamientos internos o forzados, las personas en movimiento por los impactos del cambio climático, o migrantes laborales. Esto refleja la definición de la OIM, que utiliza los términos migración y migrante para referirse tanto a las personas en movimiento a través de las fronteras internacionales como a los estados, independientemente de su estatus legal, voluntad, causa o duración de la estadía. También se basa en el lenguaje del Acuerdo de Cooperación General de 2017 firmado entre la OIM y ONUSIDA.

29. **Por lo tanto, este informe utiliza a personas en movimiento o movilidad como términos genéricos, refiriéndose al fenómeno global del movimiento humano.** También analiza subgrupos de poblaciones móviles, utilizando términos más específicos, como migrantes internacionales, internos o transfronterizos, refugiados, solicitantes de asilo, desplazados internos, etc.

Acuerdo General de Cooperación 2017 entre las Naciones Unidas sobre el Programa de VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Objetivos comunes:

- Perseguir la continuidad de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH y proporcionar un paquete de atención a las personas que viven con el VIH, la tuberculosis y/o la malaria en situaciones de emergencia y conflicto humanitario, ya que las personas desplazadas y las personas afectadas por emergencias humanitarias se enfrentan a múltiples situaciones y desafíos, incluyendo una mayor vulnerabilidad al VIH, riesgo de interrupción del tratamiento y acceso limitado a atención médica de calidad y alimentos nutritivos.
- Promover el desarrollo y el acceso a servicios integrales de prevención del VIH para todas las mujeres y adolescentes, migrantes y poblaciones clave.
- Alentar a los Estados a abordar las vulnerabilidades al VIH y las necesidades específicas de atención médica experimentadas por las poblaciones migrantes y móviles, así como por los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, y tomar medidas para reducir el estigma, la discriminación y la violencia, así como revisar las políticas relacionadas con las restricciones de ingreso según el estado de VIH, con el fin de eliminar dichas restricciones y el retorno de las personas en función de su estado de VIH, y apoyar su acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH.
- Combatir la violencia sexual y por motivos de género en la mayor medida posible, entre otras cosas, brindando acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y abordando las formas múltiples y transversales de discriminación contra las mujeres, niñas refugiadas y migrantes.

Las áreas concretas para el diálogo y la cooperación del acuerdo son:

- Defensa y asesoramiento político: para promover la integración de los derechos humanos y las necesidades de los migrantes y las personas desplazadas en las respuestas y estrategias nacionales y regionales sobre el VIH, para promover el acceso universal de los migrantes a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH; mejorar la protección social de los migrantes afectados por el VIH mediante la promoción de una gama de servicios sociales para proteger a los migrantes vulnerables y poner fin a la violencia contra las mujeres y niñas migrantes; eliminar las leyes, políticas, prácticas, el estigma y la discriminación punitivos relacionados con el VIH y la movilidad de la población que bloquean las respuestas efectivas al SIDA; para garantizar que el VIH / SIDA y las prioridades relacionadas con la salud para migrantes y refugiados se aborden adecuadamente en los procesos de salud exterior, migración, desarrollo sostenible y política exterior.

• *Capacitación y apoyo programático*: proporcionar orientación para fortalecer el apoyo técnico relevante a nivel mundial, regional y nacional para las respuestas nacionales apropiadas contra el SIDA que faciliten y promuevan el acceso equitativo de los migrantes a servicios integrales de VIH, independientemente del estado migratorio; para ayudar a desarrollar la capacidad de los gobiernos, las instituciones regionales y la sociedad civil para reducir la vulnerabilidad frente al VIH entre las poblaciones móviles y migrantes, incluyendo el tratamiento de los determinantes sociales de la salud.

• *Investigación y difusión de las mejores prácticas*: para mejorar la comprensión del VIH y la movilidad de la población, para informar y movilizar a los gobiernos y partes interesadas, para promover la salud de los migrantes y las comunidades de acogida; para mejorar la generación de información estratégica país por país, el análisis y el uso de datos sobre la salud de los migrantes y las personas desplazadas, para garantizar políticas y programas sobre el VIH basados en la evidencia; para producir análisis estratégicos de los programas de VIH que incluyen poblaciones móviles, para mejorar la implementación basada en resultados, e identificar, documentar y promover las mejores prácticas.

### 3. REVISIÓN DE LA LITERATURA

#### **Tendencias globales en la movilidad de la población**

30. Hay fuertes indicios de que la movilidad puede aumentar la vulnerabilidad frente al VIH y sus coinfecciones, tanto para las personas en movimiento como para sus parejas. Existe evidencia de que las áreas de alta movilidad, como las rutas de transporte de gran volumen y las regiones fronterizas, se correlacionan con tasas más altas de infección.<sup>v</sup>
31. Alrededor de mil millones de personas están en movimiento a nivel mundial, aproximadamente un cuarto de billón de ellas a nivel internacional y tres veces más internamente dentro de los estados. Esta movilidad no es unidireccional: las personas se mueven de un lado a otro, y se mueven de sur a norte y de sur a sur. A efectos de comparación, en 2017 había casi tantas personas móviles en todo el mundo como la población total de la India (1.300 millones). Es imposible predecir la extensión o los patrones de movilidad de 5 a 10 años a partir de ahora. Pero la movilidad de la población es claramente un fenómeno muy importante: tales movimientos masivos de personas tienen consecuencias de gran alcance, sobre todo para su salud.
32. Este informe identifica cinco tendencias principales en la movilidad de la población:
  - aumento de la diversidad y complejidad de la movilidad humana;
  - "feminización de la migración";
  - nuevo paradigma de salud;
  - nuevos enfoques para pensar la movilidad;
  - retos a la globalización.
33. El informe explora las consecuencias o el impacto de estas tendencias en las vulnerabilidades frente al VIH y las coinfecciones.

***Tendencia 1: aumento de la velocidad, el volumen, la diversidad y la complejidad de la movilidad humana***

34. La movilidad de la población es tan antigua como la raza humana y continúa hasta hoy. La movilidad es un aspecto fundamental y perdurable de lo que somos como seres humanos, fundamental para el deseo humano de elegir cómo y dónde vivir, y ha sido esencial para el comercio y el desarrollo. El estudio de la historia humana muestra cómo los humanos se trasladaron de África para poblar el resto de la tierra. Los primeros movimientos de población de homo erectus de África podrían haber comenzado tan temprano como hace 2 millones de años, hasta aproximadamente 30.000 años atrás.<sup>vi</sup> Los textos antiguos proporcionan evidencia de movilidad humana a lo largo de la historia, ya que las personas huyeron de la persecución, los desastres, la opresión o para buscar seguridad alimentaria.
35. En la historia reciente, la cuarentena de control de infecciones y las restricciones de viaje ya se usaban como prevención de enfermedades desde el siglo XIV en los puertos de Italia. El infame comercio de esclavos de África fue un ejemplo de lo que hoy se puede denominar "trata de personas", aunque en una escala masiva. Los siglos XIX y XX proporcionaron varios ejemplos de colonizadores y pobladores recientes dispersos en muchas partes del mundo.
36. Además de las razones comunes para mudarse, como la búsqueda de oportunidades profesionales y económicas o la reunificación familiar, las personas se ven obligadas a moverse para escapar de un conflicto o debido al cambio climático o la disminución de los recursos naturales, la violencia, la persecución, la opresión política y el colapso económico, desastres ambientales y provocados por el hombre, inseguridad alimentaria o hambruna.
37. Los ejemplos recientes incluyen a personas que huyen del conflicto en el este de Ucrania, ahora en su quinto año, o que cruzan el Mediterráneo y llegan a Europa. En América del Sur, hay un importante movimiento interno dentro de la región: Argentina, Brasil y Chile atraen a la mayoría de estas personas en movimiento. Un gran número de personas huyen de Venezuela y se mudan a países vecinos como Brasil y Colombia.
38. En 2017, hubo 30.6 millones de nuevos desplazamientos de población como resultado de conflictos y desastres en 143 países y territorios. Los diez países más afectados fueron China, Filipinas, Siria, República Democrática del Congo (RDC), Cuba, Estados Unidos, India, Irak, Somalia y Etiopía, cada uno de los cuales representa más de un millón de nuevos desplazamientos.<sup>vii</sup>
39. Hubo emergencias humanitarias complejas en la República Democrática del Congo, Somalia, Sudán del Sur, Yemen y Venezuela, con un importante deterioro social y económico. En Myanmar, más de 1 millón de rohingya fueron desplazados. El malestar político a largo plazo en las fronteras nacionales ha creado dificultades para un gran número de personas, como en Cachemira en la frontera entre India y Pakistán, la frontera entre el Tíbet y China y la frontera entre Israel y Palestina. Colombia enfrenta una importante crisis de desplazamiento con más de 7 millones de desplazados internos registrados, mientras que otros 350.000 refugiados colombianos se encuentran en Costa

Rica, Ecuador y Panamá. El número de solicitudes de asilo de El Salvador, Guatemala y Honduras en 2017 fue 1.500% más alto que en 2011. La violencia del cártel de la droga en México también está provocando un importante desplazamiento interno y externo.<sup>viii</sup>

40. En tales situaciones, hay poco espacio para discutir la salud de las personas. Específicamente sobre el tema del VIH, hay personas en movimiento debido a su estado de VIH o tuberculosis u orientación sexual, que están huyendo del estigma y la discriminación o que se están mudando a donde pueden acceder a mejores servicios de salud o servicios relacionados con la salud. Abundan los ejemplos, incluso en Medio Oriente y África del Norte, que está experimentando enormes disturbios sociales y políticos y que incluye a 3 de los 10 países más afectados por los desplazamientos de población (Irak, Somalia y Siria).<sup>ix</sup> La mayoría de los países en esa región criminalizan las relaciones entre personas del mismo sexo, y 7 de ellos permiten la pena de muerte. Sin embargo, hay una epidemia concentrada emergente entre los HSH en la región, especialmente en el Líbano, donde aproximadamente el 50% de las infecciones por VIH están asociadas con la actividad de los HSH. Países como el Líbano se han convertido en un refugio para lesbianas, gays, bisexuales y transexuales de Argelia, Siria y otros estados de la región.<sup>x</sup>

*"La única razón por la que decidí mudarme a Brasil no fue por acceder a un nuevo trabajo o forma de vida; sabía que la situación económica en ese momento también era mala para los brasileños, pero allí podía acceder a mis medicamentos antirretrovirales".*

*- José, HSH migrante, Haití.*

41. La movilidad humana es una constante histórica. Pero ahora está sucediendo más rápidamente, en mayor número e incluyendo poblaciones más diversas. La gestión de la movilidad de la población se ha vuelto mucho más compleja. Estamos presenciando una interacción de muchas fuerzas, especialmente la globalización y la migración interna o internacional forzada. Nuestros sistemas y regulaciones de migración existentes parecen incapaces de mantenerse a la par de estos desafíos.

### ***Tendencia 2: "Feminización de la migración"***

42. Aunque es ampliamente utilizado, el concepto de "feminización de la migración" puede ser engañoso, ya que puede implicar que las mujeres y las niñas ahora superan en número a los hombres y los niños entre las poblaciones migrantes. Esto puede ser así para ciertas regiones y países, como lo ha sido históricamente en algunos lugares.<sup>xi</sup> En la actualidad esta feminización es evidente en el sur de África, donde más de dos tercios de los comerciantes transfronterizos entre Sudáfrica y Mozambique o Zimbabue son mujeres. En Australia y América del Norte, las mujeres durante décadas han superado en número a los hombres entre las personas en movimiento.<sup>xii</sup>
43. Sin embargo, a nivel mundial, la proporción de personas en movimiento que son mujeres se ha mantenido relativamente estable en las últimas décadas, en un poco del 50%. El informe de migración internacional de la ONU 2017 señala que el 48% de los migrantes internacionales eran mujeres, aunque superaron en número a los migrantes masculinos en muchas regiones (aunque no en África y Asia). Las mujeres representan un poco más de la mitad de los migrantes en los países de ingresos altos y un poco menos de la mitad en los países de ingresos bajos y medios. Por lo tanto, la feminización de la migración a

nivel global significa que las mujeres constituyen una proporción creciente de personas en movimiento. Más bien, se refiere a las formas en que las mujeres se mueven independientemente de los hombres y los nuevos desafíos relacionados que encuentran, incluida la vulnerabilidad debido a la falta de reconocimiento del trabajo doméstico y el trabajo sexual, la presión de ser el sostén de la familia, el aislamiento y la separación de sus hijos y familias.<sup>xiii</sup>

44. Con la feminización de la pobreza, las mujeres en los países menos ricos se encuentran bajo una presión cada vez mayor para mantener a sus familias y para ingresar a la fuerza laboral asalariada como proveedoras del sustento. Al mismo tiempo, existe una demanda creciente en muchos mercados laborales (especialmente en países de altos ingresos) para los cuidadores, especialmente las mujeres cuidadoras. Los gobiernos de los países de altos ingresos han respondido facilitando a las mujeres del extranjero la obtención de visas de entrada para trabajar como empleadas domésticas, camareras, niñeras y cuidadoras diurnas para jóvenes y ancianos.
45. Actualmente hay alrededor de 11,5 millones de personas en movimiento a nivel mundial que trabajan como trabajadoras domésticas, de las cuales aproximadamente el 73% son mujeres. Los trabajadores domésticos masculinos, en su mayoría en los estados árabes y partes del sur de Asia, tienden a trabajar como jardineros, conductores y guardias de seguridad. Sin embargo, alrededor del 80% de los trabajadores domésticos se concentran en las regiones de altos ingresos, especialmente en los estados árabes, América del Norte y Europa occidental. En el Medio Oriente y el norte de África, un gran número de personas se trasladan desde el noreste de África a los estados del Golfo como trabajadores migrantes. En Qatar y los Emiratos Árabes Unidos, los migrantes representan el 90% de la fuerza laboral. El tráfico de mujeres también está aumentando en Medio Oriente y África del Norte, incluso en Sudán, Siria y Yemen.<sup>xiv</sup> Sin embargo, vale la pena señalar que solo 25 países han ratificado el "Convenio C189 - Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos" de la OIT, ninguno de América del Norte o los estados árabes.
46. Las remesas de mujeres en movimiento son vitales para financiar y apoyar el desarrollo local en sus lugares de origen. Las mujeres tienden a remitir una mayor proporción de sus ganancias y lo hacen con mayor frecuencia y de manera sostenible en comparación con los hombres. Esto refuerza el papel cambiante de las mujeres como proveedoras de la familia a pesar de que su cuidado ocurre en el extranjero.
47. Las mujeres también se mueven por razones no económicas, por ejemplo, para buscar mayor libertad personal y oportunidades. Pueden estar huyendo de relaciones abusivas y/o violencia doméstica, o tratando de escapar de las obligaciones culturales o patriarcales que se imponen a las mujeres casadas o solteras, madres solteras o viudas. Las mujeres, los niños y los ancianos constituyen alrededor del 80% de los solicitantes de asilo y refugiados que huyen de la persecución o la violencia.<sup>xv</sup> Las causas relacionadas con el género rara vez se aceptan como motivos válidos para la concesión de la condición de refugiado.
48. Las mujeres en movimiento encuentran formas persistentes de desigualdad de género. Ciertas ocupaciones dominadas por mujeres están excluidas de los esquemas de visa y puede haber prohibiciones de empleo de mujeres migrantes en ciertas ocupaciones dominadas por hombres. Las definiciones aceptadas de lo que constituye trabajo pueden

resultar en la exclusión de las protecciones legales de estas mujeres. Hay ejemplos de pruebas obligatorias discriminatorias por sexo para el embarazo, el VIH u otras infecciones, sin consentimiento. Las mujeres son víctimas de la violencia de género. También pueden tener un acceso inadecuado a la atención médica en los países de destino.

49. Las mujeres móviles son especialmente frecuentes en el trabajo doméstico / cuidado y en los sectores de entretenimiento. Esto refuerza las divisiones sexuales tradicionales del trabajo, ya que las mujeres trabajan principalmente como cuidadoras o atienden las necesidades de entretenimiento de los hombres. Como resultado, una de las principales oportunidades para las mujeres en movimiento es el campo en gran parte no protegido y no regulado del trabajo doméstico del "sector privado", que puede implicar una explotación significativa. Además, puede producir una "pérdida de atención" en los países de origen donde las habilidades asociadas con el trabajo doméstico no pueden ser valoradas o remuneradas en la medida en que lo hacen los países de ingresos altos que tienen poblaciones que envejecen y que dependen de dichas habilidades.
50. La movilidad ofrece diferentes oportunidades y desafíos para las mujeres a diferencia de los hombres, incluidos los abusos específicos a los derechos humanos, la explotación y los riesgos para la salud. Las mujeres en movimiento enfrentan vulnerabilidades únicas y riesgos de abuso y violencia sexual, incluida la violación. La movilidad de la población no es neutral al género. Sin embargo, las leyes y políticas de migración siguen siendo clasificadas en categorías masculinas obsoletas, a pesar de que las mujeres son cada vez más visibles y componentes importantes en los movimientos de población.

***Tendencia 3: Nuevo paradigma de salud: vinculación entre desarrollo y personas en movimiento***

51. El reconocimiento de la vinculación entre la movilidad humana y el desarrollo ha ido creciendo durante más de cuatro décadas, al menos desde la Conferencia Mundial de Población en Bucarest en 1974. Ese evento y las conferencias posteriores señalaron las contribuciones de los migrantes al desarrollo y destacaron la necesidad de respetar los derechos humanos de los migrantes internacionales y respetar las normas laborales para los trabajadores migrantes y el impacto de la "fuga de cerebros". Estas discusiones continuaron en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, el Diálogo de Alto Nivel sobre Migración Internacional y Desarrollo de 2006 (la primera cumbre de las Naciones Unidas centrada en la migración internacional) y el Diálogo de Alto Nivel de 2013 (en efecto, la segunda cumbre migratoria de la ONU). Se planea una tercera cumbre para 2019.
52. A pesar de estas discusiones, hubo una referencia directa y limitada a la migración o movilidad en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, muchos elementos de los ODM tenían fuertes vínculos con el debate más amplio sobre la relación entre el desarrollo y las poblaciones móviles: por ejemplo, el Objetivo 1 sobre la reducción de la pobreza; Objetivo 3 sobre igualdad de género; Objetivo 6 sobre la prevención del VIH / SIDA, la malaria y otras enfermedades; Objetivo 7 sobre sostenibilidad ambiental; y el Objetivo 8 sobre la asociación mundial para el desarrollo.
53. La movilidad de la población ocupa un lugar destacado en los ODS y sus objetivos, por ejemplo, en relación con la retención de personal sanitario en los países en desarrollo, la

erradicación de la trata de personas, la protección de los derechos laborales de los trabajadores en movimiento, la reducción de los costos de transacción de las remesas y la desagregación de los datos por estado de migración.

54. Los ODS no solo reconocen los derechos y vulnerabilidades de las personas en movimiento, sino que también reconocen sus contribuciones y los beneficios sociales de la movilidad de la población. Los ODS muestran el cambio de paradigma en nuestra comprensión de los vínculos entre la movilidad y el desarrollo. Como resultado, la necesidad de normalizar y comprender la movilidad humana como una constante y en beneficio de todos, no solo como una amenaza para los países de origen y destino, se ha convertido en un tema central. El movimiento de personas se convierte en un medio positivo para garantizar el desarrollo sostenible. Este cambio tal vez se indique más claramente en el ODS 10.7, que pide a los Estados miembros que "faciliten la migración ordenada, segura, regular y responsable". Esa convocatoria está en la raíz del nuevo Pacto Mundial sobre Migración que será adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas más adelante en 2018.
55. En la Declaración de Nueva York para Refugiados y Migrantes en 2016, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a desarrollar un pacto para la migración segura, ordenada y regular. Este Pacto Mundial sobre Migración aún está en desarrollo: se produjo un "borrador cero" en febrero de 2018 y el documento final se adoptará en una reunión de alto nivel en la región de Medio Oriente y África del Norte (Marruecos) en diciembre de 2018. se espera que el documento final refuerce el cambio de paradigma de reconocer que la movilidad de la población puede beneficiar a los estados y personas en movimiento.
56. Si bien el Pacto Mundial no será legalmente vinculante, el preámbulo del "borrador cero" refuerza las normas y leyes internacionales pertinentes, incluidas las relativas a los derechos humanos, contra la delincuencia organizada y la trata de personas, los convenios de la OIT sobre trabajo decente y movilidad laboral, y los ODS. También se espera que el Pacto incluya compromisos ejecutables en una variedad de temas, como la recopilación de datos desglosados, la reducción de las vulnerabilidades de la migración, la lucha contra el tráfico y la creación de condiciones para que los migrantes contribuyan plenamente al desarrollo sostenible. Se espera que el Pacto siga el "borrador cero" especificando la necesidad de proporcionar información a todos los migrantes, independientemente de su estado, su derecho a la salud y cómo acceder a los servicios sociales y de salud básicos.
57. No está claro si habrá un compromiso claro de extender la cobertura universal de salud a las personas en movimiento o asegurar su acceso a los servicios de salud reproductiva, incluso para las ITS como el VIH. Una limitación en el Pacto propuesto parece muy probable: solo abordará la migración en el sentido estricto de la migración internacional legal o documentada. Las discusiones más amplias sobre movilidad y migración interna probablemente no se tratarán en este Pacto Mundial sobre Migración.

#### ***Tendencia 4: Nuevos enfoques para pensar la movilidad.***

58. Como se señaló, la falta de definiciones compartidas sobre la movilidad plantea un desafío para comprender y abordar los vínculos entre la movilidad y el riesgo del VIH. Diferentes estudios se basan en definiciones diferentes y arrojan conclusiones ambivalentes o incluso contradictorias.<sup>xvi</sup> Esta variación también es visible en la forma en que entendemos la variedad de personas en movimiento; El Anexo 4 (a continuación) proporciona descripciones de 14 categorías o modalidades diferentes de personas en movimiento.
59. Es difícil proporcionar pruebas estadísticas sólidas de salud pública o correlaciones consistentes que vinculen la movilidad de la población y el riesgo o infección del VIH. Las ideas recientes sugieren que el estudio de esta área, especialmente en relación con los vínculos entre la movilidad y la vulnerabilidad al VIH, debería incluir la colaboración y el uso de metodologías de investigación asociadas tanto a la salud pública como a los estudios de movilidad y migración. Estos métodos deben abordar patrones de comportamiento específicos y las razones de la movilidad, los tipos específicos de movilidad y los contextos o ubicaciones específicos, incluidos los antecedentes de las tasas de prevalencia del VIH y el grado de superposición de las redes sexuales. La nueva forma de pensar sobre el movimiento de la población y el riesgo del VIH deberá ser más específica e incluir varias líneas clave: quiénes se mueven, cómo se mueven, por qué se mueven y los orígenes o destinos de sus movimientos.

#### ***Tendencia 5: Desafíos a la globalización.***

60. En la Tendencia 1, notamos que la globalización es un factor clave de la reciente expansión del movimiento de población. Sin embargo, a medida que continúan los desafíos a la globalización, la migración internacional también se enfrenta a una creciente oposición. La inmigración se ve nuevamente en una mirada cada vez más negativa por parte de un número creciente de personas que creen que socava la identidad nacional, aumenta la competencia entre los ciudadanos y exacerba las presiones sobre los recursos y capacidades estatales existentes. Es como si hubiera ocurrido una reacción violenta contra el ideal de finales del siglo XX de "pensar globalmente, actuar localmente" enfrentando lo local contra lo global.<sup>xvii</sup> Esto está alimentando nuevas olas de nacionalismo populista en la política contemporánea, el cual tiene como elemento clave las ideas anti-inmigrante. Esta reacción está acompañada por una desconfianza de las autoridades políticas y económicas y los expertos que han promovido la globalización, incluidos los partidos políticos nacionales, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, las naciones del G7 y más.
61. La perspectiva antiglobalización enfatiza el papel del estado en maximizar el bienestar de sus propios ciudadanos. Sin embargo, el movimiento ve el crecimiento de las finanzas internacionales y el libre comercio precisamente como un peligro para el bienestar de sus ciudadanos. Ha habido una tensión preexistente entre la legitimidad interna de los estados basada en sus ciudadanos frente a la necesidad de que los estados miren más y más externamente para satisfacer las necesidades de esos mismos ciudadanos. En este contexto, hay poco espacio para abordar las preocupaciones sobre las personas en movimiento que no son ciudadanos, su salud o su vulnerabilidad frente al VIH.

62. Los beneficios de la globalización se distribuyen de manera muy desigual y han sido seguidos por numerosos contratiempos.<sup>xviii</sup> Las desventajas han incluido la pérdida de empleos, salarios bajos, mayor "fuga de cerebros", agravantes tensiones raciales y culturales, mayor competencia por migrantes calificados, tensiones entre trabajadores locales e internacionales u otras personas en movimiento, agricultores desalojados de sus tierras y retroceso del estado de bienestar. Todos estos factores también funcionan como motores de una mayor movilidad interna e internacional. Los debates sobre la globalización aún no han sido efectivos en la producción de políticas que incluyan y apoyen a las personas en movimiento.
63. Las corrientes antiglobalización y antiinmigrantes, y su dicotomía local / global, se fortalecieron en muchas partes del mundo. Sin embargo, no está claro si esto constituye una línea divisoria que lleve a una retirada a largo plazo del "pensamiento global" y hacia un nacionalismo y proteccionismo duraderos y rígidos. Si es así, agregará más consecuencias negativas para las personas en movimiento, incluidas políticas de migración, arrestos y deportaciones aún más restrictivas, a menudo violando los derechos humanos y las normas internacionales.

"En Italia, el problema de los migrantes ahora se considera una" emergencia "y hay muchos movimientos en contra de su presencia en el país. Ha habido bastantes episodios de agresiones físicas (también con armas de fuego) hacia migrantes y personas de raza negra, episodios reales de racismo. La ley es bastante protectora de sus derechos, pero en realidad las cosas funcionan de manera diferente ".

- LILA Milano

### **Impactos clave para la salud y vulnerabilidades frente al VIH**

64. Los vínculos entre la movilidad humana y la vulnerabilidad frente al VIH son complejos. La movilidad puede afectar la salud y la vulnerabilidad al VIH. Algunas personas pueden mudarse precisamente para asegurarse por sí mismas una mejor atención y apoyo para el VIH o para escapar del estigma y los prejuicios: pueden alejarse de sus familias y comunidades para estar más cerca de los especialistas en VIH en otros lugares, o pueden acercarse a sus familias para garantizar una mejor atención y apoyo. Por otro lado, algunos se mueven para huir del conflicto, la persecución o la pobreza solo para enfrentar las condiciones que los ponen en mayor riesgo de contraer el VIH. Pueden carecer de acceso a información, herramientas y servicios de prevención del VIH; pueden tener relaciones sexuales sin protección con parejas de países con una alta prevalencia de infección por VIH; o pueden estar expuestos a violencia sexual.
65. Este informe ahora agrupa los principales impactos de la movilidad en la salud y la vulnerabilidad frente al VIH en cuatro encabezados: continuidad de la atención (la atención continua); financiación de la asistencia sanitaria; VIH y entornos de riesgo de coinfección; y etapas del propio proceso de movilidad.

### ***Impactos en la continuidad de la atención***

66. La continuidad de la atención del VIH se refiere a un proceso que abarca pruebas y diagnósticos de VIH, se dedica a ofrecer servicios de tratamiento y atención, inicio del

tratamiento antirretroviral y a lograr mantener la supresión viral. Estar en movimiento puede afectar significativamente esta continuidad, al facilitar o socavar cualquiera de las cuatro etapas principales de la continuidad.

67. Todas las cuestiones estándar relacionadas con la continuidad de la atención del VIH y sus coinfecciones son similares, pero más desafiantes y complejas para las poblaciones móviles. En la región del sur de África, que tiene la prevalencia más alta de VIH y tuberculosis en el mundo, se estima que 10 millones de personas están en movimiento, sin incluir a los inmigrantes indocumentados.<sup>xix</sup> Tales niveles de movilidad plantean desafíos. Para las personas que viven con el VIH, especialmente las que reciben TAR, a menudo hay obstáculos para mantener un compromiso efectivo con el sistema de atención médica o para acceder a un suministro estable de medicamentos antirretrovirales. Las personas que no han contraído el VIH pueden ahora no saber cómo acceder a información y herramientas de prevención o servicios de pruebas y prevención del VIH. Estar en movimiento puede ocasionar retrasos en el acceso a las pruebas y el diagnóstico del VIH, ya que no tendrá el mismo nivel de seguro médico o servicio que se brindó en el país de origen, y nuevas barreras culturales y lingüísticas.
68. La movilidad también puede complicar el acceso a un nuevo sistema de atención médica, si el sistema no es inclusivo o no es sensible a las personas en movimiento o no se basa en los principios de la Asistencia sanitaria universal (por sus siglas en inglés UHC). No se ha construido un sistema de atención médica que integre y proporcione una prestación de servicios sostenible para las personas en movimiento y no existen proveedores de servicios ni estructuras que sean cultural y lingüísticamente competentes. Los ejemplos incluyen servicios de salud que las personas en movimiento no entienden o no pueden utilizar por su cuenta; discriminación contra poblaciones móviles, incluidas las de poblaciones clave y/o personas que viven con VIH; y el miedo a la divulgación del estado de VIH. Cuando las personas en movimiento no están familiarizadas con los idiomas locales, es menos probable que busquen ayuda para controlar una afección médica, lo que pone en riesgo su salud.

*“Nos enfrentamos a la violencia, a estar sin hogar, al estigma y la discriminación, y al VIH. Los migrantes deben tener un lugar al que puedan acudir para obtener ayuda, como alimentos o un lugar donde quedarse y acceso a la atención médica. El gobierno, la sociedad civil y las ONG’s deben establecer sistemas para ayudar a los migrantes ”.*

*- Lorenzo, HSH y migrante viviendo con VIH, Jamaica*

69. El acceso a la documentación es uno de los mayores desafíos para las personas móviles, en particular para aquellas que tienen un estado irregular. Los servicios gubernamentales generalmente requieren una prueba de identidad o residencia antes de prestar los servicios; El acceso a los servicios para las personas sin la documentación necesaria es por lo tanto pobre. Por lo tanto, muchas personas evitarán acudir a los servicios porque temen que por su incapacidad para presentar la documentación solicitada puedan ser detenidas o deportadas.
70. Las personas que viven con VIH y/o una coinfección enfrentan desafíos específicos para evitar interrumpir su tratamiento de VIH u otro. La evidencia indica que cuanto más se está moviendo, mayores son las posibilidades de no adherirse a un régimen de

tratamiento, generalmente debido a las barreras para acceder al tratamiento u otros servicios en un nuevo sistema de salud o entorno de atención médica. El tratamiento iniciado en un país o ubicación debe continuar en otro lugar o mientras se desplaza. En la India, las investigaciones indican que la migración interna está vinculada a un cuarto de todas las personas que se pierden en el tratamiento y seguimiento de la Tuberculosis.<sup>xx</sup>

71. Varias poblaciones vulnerables enfrentan desafíos específicos cuando intentan permanecer en tratamiento y atención. Por ejemplo, los pastores nómadas experimentan riesgos particulares de TB asociados con sus estilos de vida tradicionales, por ejemplo, la cría de animales, el consumo de leche sin pasteurizar o la vida en condiciones de poca ventilación o con demasiada gente. Del mismo modo, las condiciones de vida y de trabajo de los refugiados y las personas desplazadas internamente (PDI) agravan sus riesgos para la salud. Se sabe que el estigma del VIH en los sistemas de salud socava la continuidad de la atención. El estigma del VIH como una barrera para la atención médica continua se observó en Tailandia, donde una encuesta de proveedores de atención médica reveló que algunos proveedores de atención médica declararon explícitamente que preferirían no brindar servicios a los migrantes.<sup>xxi</sup>
72. Las barreras para negociar la continuidad de la atención pueden contribuir a que las personas en movimiento presenten problemas de salud avanzados, logren resultados de tratamiento deficientes, experimenten altas tasas de morbilidad y mortalidad e impliquen costos elevados para los sistemas de salud. Las condiciones de salud crónicas como la tuberculosis y el VIH requieren una adherencia óptima al tratamiento para reducir el riesgo de transmisión y la resistencia a los medicamentos. El acceso y la continuidad de la atención para las poblaciones móviles son cruciales si se desea abordar eficazmente las vulnerabilidades del VIH y la coinfección. Las posibles soluciones que se han identificado incluyen clínicas móviles, centros de salud comunitarios y redes de voluntarios de salud que son de poblaciones móviles.

### ***Impactos en la financiación de la atención médica***

73. Los datos precisos y desagregados son esenciales para planificar y financiar eficazmente las intervenciones de salud pública para el VIH, la hepatitis B y C y la TB, así como para garantizar que haya suministros y equipos médicos adecuados disponibles. La información debe recopilarse de una variedad de fuentes y debe arrojar luz sobre los flujos migratorios, el alcance del acceso a los servicios para las personas en movimiento, la discriminación estructural contra las poblaciones móviles, las cargas del VIH y las coinfecciones entre poblaciones móviles específicas, y beneficios de atender las necesidades de salud de las personas en movimiento.
74. Turquía, por ejemplo, alberga a casi cuatro millones de refugiados de Siria, así como de Irán (República Islámica), Irak, Somalia y Afganistán.<sup>xxii</sup> Hasta el 40% de la capacidad de los hospitales a lo largo de la frontera turco-siria se dedica a servir a los refugiados y los servicios de salud en algunas salas están gravemente afectados. Se ha observado que las refugiadas reciben una mala atención prenatal. Un estudio reciente sobre el riesgo de VIH entre los refugiados en Turquía señaló la necesidad de mejorar los recursos en varias áreas clave, incluidas la vivienda, resguardo y seguridad; necesidades básicas de apoyo; asistencia en efectivo y oportunidades de subsistencia. Sin embargo, a pesar de que hay una creciente movilidad de la población e información relacionada con la salud, existe un reconocimiento simultáneo de limitaciones significativas y brechas en la financiación.<sup>xxiii</sup>

75. Para planificar y financiar la respuesta a las preocupaciones de atención médica de la gran variedad de personas en riesgo que se desplazan, es necesario que haya modelos para estimar el tamaño de varias subpoblaciones. Sin esa información, sería imposible determinar con precisión cuántas pruebas rápidas de VIH deberían realizarse, cuántas agujas limpias deberían estar disponibles o cuántos trabajadores deberían desplegarse para llegar a grupos específicos. Sin embargo, la recopilación y el análisis de datos representativos, y la prestación de servicios, pueden ser muy complicados.<sup>xxiv</sup>
76. Hay varios enfoques para recopilar datos más precisos sobre la amplia variación en los patrones de movimiento y los grupos. Uno implica no simplemente confiar en un solo método para adquirir los datos, sino en utilizar una combinación de métodos para evaluar el tamaño de la subpoblación. La movilidad humana y la epidemia del VIH están en constante cambio. Las estimaciones de tamaño se deben hacer rápidamente para contar a las personas mientras están en un solo lugar, al tiempo que se garantiza que no se cuenten dos veces en diferentes lugares. Las trabajadoras sexuales solo pueden trabajar en ciertos lugares en momentos específicos, o pueden cruzar fronteras regularmente para trabajar en un lugar y regresar a casa. En tales casos, las estimaciones podrían contar erróneamente dos veces a las mismas trabajadoras sexuales, lo que arroja datos inexactos. Por lo tanto, se necesita una buena comprensión del trabajo sexual para lograr un conteo preciso.
77. La estimación del tamaño de la población y la evaluación de las necesidades de atención médica de otros grupos altamente móviles, como los nómadas, los inmigrantes indocumentados o los romaníes, pueden implicar desafíos aún mayores. Por lo tanto, a menudo es necesario usar definiciones de proxy para grupos de personas vulnerables en movimiento en función de las características específicas del grupo al que puede estar vinculado el riesgo de VIH (por ejemplo, ocupaciones o sitios de entretenimiento o alojamiento visitados con frecuencia).
78. Cuando se trata de financiar la atención médica, se supone que las personas en movimiento, especialmente los solicitantes de asilo imponen fuertes cargas económicas a los países, incluso a sus sistemas de salud. Sin embargo, un estudio reciente sobre la "crisis migratoria" en 15 países europeos ha demostrado que cualquier gasto público adicional se compensa con creces con un aumento en los ingresos fiscales a medida que los solicitantes de asilo se convierten en residentes.<sup>xxv</sup> Ciertamente, existen desafíos importantes para hacer frente a las grandes afluencias de personas a Europa, a nivel nacional y regional. Sin embargo, el reconocimiento de que la llamada "crisis migratoria" puede convertirse en una oportunidad económica, podría facilitar un enfoque político más positivo para abordar estos problemas. Un informe anterior de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea hizo hallazgos similares. Señaló que:  
"Brindar acceso a la atención médica a los migrantes en una situación irregular no solo contribuiría al cumplimiento del derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, sino que también sería económicamente sólida. Las obligaciones derivadas de una interpretación inclusiva del derecho internacional de los derechos humanos se apoyarán así en argumentos económicos".<sup>xxvi</sup>
79. La investigación se centró específicamente en el acceso a la hipertensión y los servicios prenatales, por lo que se necesitaría más investigación sobre las implicaciones financieras de proporcionar tratamiento a las personas en movimiento para otras

enfermedades. La detección y el tratamiento tempranos son ciertamente rentables, por lo que atender las necesidades de atención médica de las poblaciones móviles más pronto que tarde tiene un buen sentido económico y político.

80. Existe una diversidad de enfoques para financiar los servicios de atención médica para las personas en movimiento y sus familias, por ejemplo, basado en residencia, ciudadanía, categoría ocupacional, relación familiar con alguien con seguro de salud, etc. En China, Hukou, el acceso a los servicios gubernamentales está vinculado al registro residencial en una ubicación específica. Sin embargo, con el aumento de la movilidad de la población en China, millones de migrantes internos de zonas rurales a zonas urbanas no califican para el seguro médico público, ni para los programas de asistencia en su nueva ubicación donde no tienen un estado de residente registrado. Botsuana tiene uno de los niveles más altos de supresión viral del VIH en el mundo, con TAR gratis para todos los ciudadanos que viven con el VIH. Sin embargo, los no ciudadanos no son elegibles para la cobertura de TAR.<sup>xxvii</sup>
81. Por otro lado, también hay varios ejemplos en los que los países brindan atención y tratamiento en emergencias médicas y/o enfermedades contagiosas, independientemente de su estatus legal o de tener un seguro médico. La mayoría de los países de la Unión Europea proporcionan tratamiento contra la tuberculosis en beneficio de la salud pública; En el Reino Unido, hay atención y tratamiento gratuitos del VIH para cualquier persona, independientemente de su situación legal en el país. En Brasil, la frontera está abierta a las poblaciones móviles, incluidas las personas que viven con el VIH, con directrices claras sobre confidencialidad, atención, tratamiento y apoyo.
82. Las preocupaciones sobre el VIH y la migración internacional tienen una larga historia en el sudeste asiático (Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur y Tailandia), especialmente con respecto al movimiento de trabajadores (por ejemplo, entrar en Tailandia o regresar a Filipinas). En Tailandia, estos migrantes representan menos del 10% de la población, mientras que en Singapur representan casi la mitad de la población. Como resultado, estos cinco países tienen esquemas de salud que cubren a estas poblaciones móviles de diferentes maneras, Tailandia que ha ido más lejos al no solo darse cuenta de la cobertura universal de salud para sus ciudadanos, sino también para los migrantes documentados.<sup>xxviii</sup>
83. Tailandia tiene un modelo de financiamiento de la salud basado principalmente en impuestos: las personas empleadas están cubiertas a través de impuestos sobre la nómina, mientras que el resto de la población está cubierta a través de impuestos generales. El plan de seguro de salud obligatorio para migrantes de Tailandia (2001) es administrado por el Ministerio de Salud Pública y está disponible para todos los migrantes internacionales; anteriormente incluía migrantes indocumentados, pero ya no lo hace. El sistema no es perfecto y podría mejorarse para permitir que más personas en movimiento ingresen (por ejemplo, mayor portabilidad dentro del país, pagos a plazos o controles de identidad flexibles en hospitales).
84. Parece claro que, si queremos desarrollar una respuesta efectiva a las vulnerabilidades del VIH y la coinfección de las personas en movimiento, necesitamos desarrollar metodologías más efectivas para estudiarlas. Además, no podemos seguir pensando en

la financiación de la salud basada en suposiciones de que las poblaciones se mantienen estables. Necesitamos apreciar la realidad del aumento de la movilidad humana y desarrollar sistemas de financiamiento de la salud que respondan a esa realidad.

### ***Impactos resultantes de las disparidades de riesgo***

85. Las disparidades de riesgo se pueden agrupar en tres categorías: las resultantes de pertenecer a una o varias poblaciones clave, las resultantes de moverse a través de diferentes zonas de prevalencia del VIH y las relacionadas con las variedades de sistemas de salud encontrados.
86. Las poblaciones clave corren mayor riesgo de contraer el VIH. Esta vulnerabilidad se puede aumentar aún más cuando están en movimiento. La movilidad puede resultar en criminalización, precariedad económica, aislamiento social y marginación. A su vez, esto puede restringir el acceso de los miembros de las poblaciones clave a productos y servicios de prevención y aumentar su vulnerabilidad a la violencia sexual, la coerción y las presiones para participar en conductas sexuales de riesgo.
87. En los sitios fronterizos del este de África, ciertas poblaciones móviles corren un riesgo particular de contraer el VIH, en particular las trabajadoras sexuales, los homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), las personas que se inyectan drogas, las mujeres jóvenes y los conductores de camiones. En algunas situaciones, pero no en todas, las actividades de prevención del VIH más efectivas entre estos grupos se dirigen a lugares donde los comportamientos asociados con una alta prevalencia del VIH son comunes (por ejemplo, lugares de trabajo sexual o donde se consume alcohol).<sup>xxix</sup> Sin embargo, existen brechas significativas en el acceso y uso de condones y lubricantes, o en la búsqueda de tratamiento para los síntomas de las infecciones de transmisión sexual. Estas brechas deben ser abordadas.
88. En el Caribe, el movimiento de población ha sido constante durante al menos dos siglos. La gente se muda por las razones habituales, incluida la pobreza o para buscar empleo, y termina por pasar de los países de ingresos más bajos a los más altos de la región, con o sin documentación. Además de las poblaciones clave generalmente identificadas, los riesgos transversales de VIH vinculan a los jóvenes con movilidad. Las personas jóvenes e indocumentadas en movimiento, con opciones limitadas de medios de vida, pueden participar en el trabajo sexual en condiciones de trabajo de explotación y enfrentar barreras para afirmar prácticas sexuales seguras. Los HSH se mueven a través de la región para asegurar el anonimato y la seguridad, lo que puede resultar en una mayor autoestima y en una mayor toma de riesgos sexuales.

*“En nuestros entornos, las adolescentes y las jóvenes son como juguetes sexuales en campamentos o refugios para desplazados internos. Los hombres y niños jóvenes también sobreviven como objetos sexuales para las “sugar mummies” y otros hombres en el vecindario ”*

*- Coalición Juvenil de Uganda sobre los derechos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y el VIH*

89. Entre las personas que se inyectan drogas, la movilidad puede deberse a varios factores, que incluyen la disponibilidad, legalidad, precio y calidad de los medicamentos. En Tijuana, México, que se encuentra en la frontera con los EE.UU., el "turismo de drogas" desde los EE.UU. hasta la ciudad parece ser común.<sup>xxx</sup> Existe un alto potencial para la transmisión transfronteriza del VIH, lo que destaca la necesidad de fortalecer los servicios de VIH en ambos lados de la frontera México-EE.UU.
90. La epidemia del VIH entre las personas que se trasladan de otras partes de Europa y de otros lugares a la Unión Europea / Espacio Económico Europeo está impulsada en gran medida por la transmisión continua del VIH entre los HSH, en su mayoría adquirida después de su llegada.<sup>xxxi</sup> Por ejemplo, las personas VIH positivas que se han mudado de América Latina y el Caribe representan una proporción creciente de los casos de VIH en la Unión Europea / región del Espacio Económico Europeo. Entre los de América Latina y el Caribe, se estima que más de la mitad (53%) de los casos de VIH fueron HSH. Los HSH también representaron el 84% de los casos de VIH notificados entre las personas procedentes de América del Sur y el 46% de los provenientes del Caribe.
91. Los HSH a menudo se trasladan a áreas urbanas más grandes en busca de una mayor aceptación, más oportunidades para encontrar parejas sexuales y una comunidad gay identificable. Tal movimiento puede significar un mayor riesgo de VIH. Tomando la ciudad de Nueva York como ejemplo de un destino tan atractivo para los HSH, un estudio reciente sugiere que los HSH más recientes (en los últimos 2 a 5 años) tienen un mayor riesgo de tener relaciones sexuales sin protección y un consumo excesivo de alcohol.<sup>xxxii</sup> Otro estudio realizado por CARAM Asia señaló que los HSH en movimiento en la región son vulnerables a la violación y la violación en grupo, lo que a menudo temen informar, ya que implicaría una admisión de participar en actos homosexuales. Es extremadamente problemático acceder a los servicios en casa si regresa a un país religioso conservador como Pakistán, Bangladesh, Sri Lanka o Filipinas.<sup>xxxiii</sup>
92. Otro estudio evaluó el riesgo de VIH para mujeres trans que viven en Lima, Perú, pero que nacieron en otro lugar. Encontró que las mujeres trans, especialmente las más jóvenes, exhibían muchos comportamientos de alto riesgo para el VIH y las ITS rectales.<sup>xxxiv</sup>
93. En un documento informativo de 2018 de la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, se identificaron tres razones clave para la movilidad de las trabajadoras sexuales: escapar de las leyes punitivas, escapar del estigma y los prejuicios y buscar mejores ingresos y niveles de vida.<sup>xxxv</sup> La gran mayoría (90%) de las trabajadoras sexuales móviles entrevistadas para el informe en España informaron que se mudaron allí para una vida mejor. Muchas de ellas enviaban regularmente dinero a sus hogares para mantener a sus hijos. Debido a la criminalización y el estigma, las trabajadoras sexuales en muchos países son vulnerables al abuso y la violencia, incluso a manos de la policía y sus clientes. Esta situación se agrava para las trabajadoras sexuales móviles, ya sean documentadas o no documentadas, que también pueden enfrentar los riesgos adicionales de no tener derecho a acceder a los servicios de salud y de la deportación. Un estudio reciente del Medio Oriente y África del Norte sobre las trabajadoras sexuales sirias en Turquía señaló que este grupo era en gran parte "invisible" y tenía poca conciencia de la existencia de centros de atención médica que ofrecían pruebas y asesoramiento anónimos.<sup>xxxvi</sup>
94. Si bien varias poblaciones experimentan el riesgo frente al VIH de manera diferente en función del estado de la población clave, también hay riesgos claros asociados con el

traslado entre ubicaciones que varían en la prevalencia del VIH. Las disparidades globales en la prevalencia continuarán afectando tanto a los países de origen como a los de destino, independientemente de sus políticas y programas de salud nacionales separados, pero pueden involucrar más a los países de origen cuando las personas móviles son deportadas a sus hogares debido a una infección de VIH o TB. El Fondo Mundial representa un intento de abordar este desafío de manera integrada a través de la TB, la malaria y el VIH, teniendo en cuenta la variedad de entornos operativos difíciles.<sup>xxxvii</sup>

95. Las personas en movimiento son reconocidas como una población clave afectada con respecto a la TB, con un aumento de la morbilidad y la mortalidad de TB, en parte debido al tratamiento en etapa tardía y la incidencia de resistencia a los medicamentos. En países con una carga de TB baja o moderada, la prevalencia entre los migrantes internacionales suele ser alta. Las personas que se mudan a países de alta carga o desde ellos, se enfrentan a numerosos factores que contribuyen a una mayor vulnerabilidad a la TB y plantean obstáculos importantes para acceder a los servicios y al tratamiento. Las personas móviles indocumentadas, alojadas en centros de detención, atrapadas en condiciones de trabajo forzoso, de trata de personas o desplazamiento forzoso, son especialmente vulnerables a la infección por tuberculosis.
96. Según la OMS, hasta 500 millones de personas pueden estar viviendo con hepatitis viral, que se cobra más de un millón de vidas al año. Entre 8 y 16 millones de infecciones por el virus de la hepatitis B por año probablemente se deban a compartir equipos de inyección de drogas contaminadas. La movilidad de la población, especialmente los movimientos masivos de personas, desde, a través o hacia países de alta prevalencia, son un desafío para sus respectivos sistemas de salud.
97. Estar en movimiento puede exportar e importar riesgos epidemiológicos, incluidos los relacionados con infecciones crónicas como la tuberculosis, la hepatitis B y C, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Un enfoque limitado en la epidemiología doméstica para hacer proyecciones de atención médica sobre el volumen o la carga de la enfermedad fallará si las poblaciones móviles no se tienen en cuenta. Además, existe una creciente evidencia de que se podrían obtener resultados más efectivos mediante el aumento de las intervenciones de control de la enfermedad en los países de origen mediante el aumento de las pruebas y el tratamiento, en lugar del uso de mecanismos de detección, como las pruebas de salud obligatorias en los sitios de destino.
98. En general, los sistemas de salud no se han adaptado lo suficiente a los crecientes desafíos asociados con el tamaño, la velocidad y la disparidad de los patrones modernos de movilidad humana. El acceso y el uso de los servicios de atención médica varían según los países, al igual que los servicios en sí mismos. Los sistemas de seguros a menudo son rígidos y limitados para atender a las personas en movimiento. ASI (Asistencia Sanitaria Internacional) parece ser el enfoque más apropiado para garantizar la cobertura total de las poblaciones móviles.

*"El sistema de atención médica de Canadá no es bueno para abordar las necesidades de las personas trans-racializadas. Necesitan un lugar seguro para venir, para ayudarlos a conectarse a los servicios. Pero cuando se conectan, experimentan una gran cantidad de transfobias de parte de los proveedores de atención médica. La educación, los recursos legales, las políticas y las prácticas para ayudar a estas poblaciones serían útiles".*

*- Alianza para la Prevención del SIDA en Asia Meridional, Toronto*

99. En Europa, las poblaciones móviles están sobrerrepresentadas en la epidemia del VIH. Las investigaciones indican que se están perdiendo oportunidades para la prevención del VIH entre las personas en movimiento a Europa, incluidas las pruebas comunitarias ampliadas, las pruebas de condición indicadas o iniciadas por el proveedor en la atención primaria, la profilaxis previa a la exposición y el "tratamiento como prevención" entre los HSH.
100. No es infrecuente que los HSH a los que su prueba de VIH inicialmente de negativo en un país europeo receptor adquiera el VIH posteriormente.<sup>xxxviii</sup> Del mismo modo, la hepatitis B crónica es un importante problema de política de salud pública en Europa. La enfermedad afecta de manera desproporcionada a las personas en movimiento de áreas de prevalencia media a alta. Sin embargo, la detección de la hepatitis B crónica no se ofrece sistemáticamente a las personas en movimiento por toda Europa; como resultado, las pruebas y el tratamiento son subóptimos.<sup>xxxix</sup> Otras oportunidades perdidas incluyen el acceso limitado o nulo a la atención de salud pública para los inmigrantes indocumentados en la mayoría de los países y los requisitos obligatorios de notificación a las autoridades de inmigración.
101. El estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave dentro del sistema de salud es un aspecto particular de la vulnerabilidad al VIH relacionada con las disparidades del sistema de salud. Esta discriminación se refiere al "tratamiento injusto y no equitativo (por acto u omisión) de una persona en función de su estado real o percibido de VIH, o el hecho de que pertenecen a un segmento de la población que se percibe como en mayor riesgo, o más vulnerable a la infección por VIH".<sup>xl</sup> La discriminación puede estar dirigida a poblaciones clave y grupos vulnerables (por ejemplo, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, HSH, mujeres trans, hombres trans, pueblos indígenas y personas en movimiento). Las personas pueden encontrar tal estigma y discriminación en cualquier etapa del proceso de movilidad, y puede hacer que esas poblaciones se muevan.
102. Las habilidades que necesitan los trabajadores de la salud para satisfacer las necesidades de la gran variedad de personas en movimiento todavía no existen en todo el mundo. Los resultados de salud se relacionan con el propio nivel de salud general del individuo, así como con los aspectos sociales, educativos, económicos, médicos y culturales del lugar a través del cual el individuo viaja, desde antes de la partida hasta su llegada. Las personas que han estado más comprometidas a lo largo de ese proceso son las más vulnerables.

103. Las poblaciones que son menos capaces de controlar su experiencia de movilidad enfrentan riesgos particulares, especialmente los refugiados, las poblaciones desplazadas, las personas objeto de trata o los inmigrantes indocumentados. Dependiendo de la situación, las mujeres, los ancianos y los niños también enfrentan riesgos significativos. A veces, la migración regularizada puede llevar a la pérdida de control sobre las circunstancias, como por ejemplo entre los trabajadores domésticos que se encuentran aislados en las casas de sus empleadores donde pueden ser víctimas de abuso, incluido el abuso sexual. Las personas en movimiento pueden no estar familiarizadas con el idioma de acogida y pueden tener suposiciones culturales sobre la salud diferentes a las del país o la ubicación de acogida. Estas variadas experiencias y circunstancias, especialmente en el contexto de grandes movimientos de personas, plantean un enorme desafío de habilidades en atención médica. También destaca la necesidad apremiante de capacitación y mayor inversión, por ejemplo, para enfrentar el estigma y las actitudes negativas, y para abordar las barreras del idioma.<sup>xii</sup>

### ***Impactos del propio proceso de movilidad***

104. El movimiento de la población es una constante humana. Muchas naciones, especialmente las más industrializadas con bajas tasas de natalidad y envejecimiento de la población, dependen de los migrantes internacionales para su crecimiento a largo plazo. Sin embargo, tal migración puede generar muchos cambios, incluyendo cambios en la composición racial y cultural, y puede llevar al surgimiento de nuevos grupos políticos con sus propias demandas. Una respuesta a la movilidad humana actualmente en aumento es una reacción violenta, ya que algunos estados están instituyendo o volviendo a las leyes y procedimientos de inmigración de tendencia estricta. Estas reacciones están agravando la salud y las vulnerabilidades del VIH a las que están expuestas las personas en movimiento.

105. Cada fase del proceso de estar en movimiento tiene sus propios efectos únicos y vulnerabilidades frente al VIH. Una persona comienza desde el entorno de salud existente en su propio país, posiblemente con afecciones médicas específicas. Esta fase previa a la partida sería ideal para realizar actividades colaborativas de promoción de la salud entre los países de origen y destino, pero esto no es usual. La principal excepción a esto es en lo que respecta a los países que participan en una importante migración laboral altamente calificada, donde hay algunos ejemplos de educación previa a la partida sobre los riesgos para la salud y los derechos al servicio, incluso los planes multilaterales de seguro social. Durante el movimiento, las personas pueden experimentar una serie de problemas de salud asociados con la exposición, la privación, el hambre, el aislamiento, el trauma, el abuso e incluso la tortura.

106. La mayoría de las actividades de políticas de salud han abordado la fase de llegada a un nuevo destino. Esta fase puede ser particularmente arriesgada si involucra la intercepción y la detención temporal, como puede ser el caso de los solicitantes de asilo, personas desplazadas, refugiados o trabajadores indocumentados. En el contexto europeo, la Comisión Europea ha alentado el aumento de la detención y la deportación y tiende a limitar las preocupaciones de derechos humanos para salvar vidas.<sup>xiii</sup> Por ejemplo, los solicitantes de asilo que llegan a las islas griegas deben esperar en los centros de registro o en los campamentos hasta que se tomen las decisiones para su traslado al continente. Los solicitantes de asilo pueden tener que vivir allí hasta un año, a

menudo en condiciones miserables y desesperadas con acceso inadecuado a los servicios de salud.

107. Durante la fase de retorno temporal o permanente a un país de origen, puede haber riesgos adicionales para la salud, especialmente para los niños. Por ejemplo, las personas que regresan a las comunidades rurales a las que no se le proporciona Asesoramiento Confidencial a la prueba voluntaria (por sus siglas en inglés VCCT) adecuado o acceso a los servicios, pueden transmitir el VIH sin saberlo a sus parejas o TB a sus familiares.
108. Uno de los mayores impactos en la salud asociados con el proceso de movilidad se relaciona con los intentos cada vez mayores de excluir a las regiones fronterizas de las leyes y obligaciones de derechos humanos, ignorando los derechos humanos de las poblaciones móviles. Como resultado, las fronteras son cada vez más peligrosas, especialmente para los inmigrantes indocumentados. Las personas pueden ser sometidas a restricciones de viaje basadas en el estado de VIH, pruebas obligatorias de VIH, acceso inadecuado a servicios de salud, como pruebas de detección de VIH y hepatitis, hacinamiento y retención de pasaportes.
109. Por ejemplo, hay evidencias claras de abusos contra los derechos humanos en el centro de deportación de Lindela en Sudáfrica, que ha experimentado un gran número de muertes en detención, y donde el acceso a la atención médica y el control de infecciones son deficientes, con muchas personas detenidas durante meses.<sup>xiii</sup> Las personas móviles también pueden estar sujetas a un retorno forzoso, incluso a países donde pueden ser perseguidos, incluso aunque el derecho internacional prohíba tal devolución. La deportación de personas móviles que viven con VIH solía incluir la cuarentena en algunos países. El regreso prematuro al hogar, junto con la falta de asesoramiento o derivación, deja a estas personas móviles y sus parejas en riesgo de transmisión.
110. Las personas también pueden enfrentar desafíos con varios sistemas legales a medida que se mudan a otros países. Los HSH están criminalizados en algunos países, y el uso de drogas y el trabajo sexual están criminalizados en la gran mayoría de los países. Muchos países prohíben la participación de los migrantes en su industria sexual doméstica o prohíben a las personas que son "conocidas" como trabajadoras sexuales emigrar. Esto convierte a la gran mayoría de las trabajadoras sexuales móviles de todo el mundo en inmigrantes indocumentados. Niega la protección laboral y los derechos civiles de las trabajadoras sexuales y aumenta su vulnerabilidad a la explotación laboral y las condiciones de trabajo inseguras. Entrar en un país así pone a una persona en movimiento con un riesgo mayor en términos de prohibir el acceso a la atención médica y aumentar la vulnerabilidad frente al VIH.

*“Con el borrador actual de la revisión del libro de código penal en Indonesia, que incluirá condones, como herramienta anticonceptiva, que se puede considerar como evidencia bajo el código penal, el borrador de la revisión incluirá la criminalización de personal no autorizado (no personal médico) realizando promoción preventiva utilizando herramientas anticonceptivas. Esto significa que, a los trabajadores de las ONG’s y a las trabajadoras sexuales no se les permitirá promover el uso de condones en los esfuerzos de prevención. Además, debido al cierre forzado de los burdeles, muchos puntos focales de trabajadoras sexuales pierden el contacto y, por lo tanto, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia no puede intervenir para garantizar el uso del condón (por parte de los clientes), que generalmente se realiza a través de los puntos focales ”*

*- Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (Red de Trabajadoras Sexuales en Indonesia)*

111. Una dificultad legal reciente involucra esfuerzos para criminalizar ciertos tipos de ayuda humanitaria. Por ejemplo, la Oficina de Administración de Tierras de EE. UU. Ha emitido cargos por desechos contra personas que dejan botellas de agua para personas que cruzan ilegalmente desde México a través del desierto de Arizona, a pesar del hecho de que miles de personas han muerto durante esos cruces.<sup>xiv</sup> Hungría recientemente criminalizó algunas formas de ayuda humanitaria como parte de su paquete "Stop Soros", citando la necesidad de detener la migración, asegurar sus fronteras y proteger la seguridad nacional.<sup>xiv</sup>
112. Tales desarrollos resaltan el desafío que implica abordar humanamente las necesidades y los derechos de todas las personas en movimiento y garantizar que la ayuda humanitaria no se considere un delito penal. Los derechos humanos no dejan de existir cuando las personas se desplazan o llegan a las fronteras internacionales: la gestión de la inmigración y las fronteras debe cumplir con los derechos humanos.
113. Cuantas más barreras para la salud se inserten en el proceso de movilidad humana, más graves serán las condiciones de salud resultantes. Esto significa mayores costos de tratamiento y mayor mortalidad. La salud debe ser una parte integral de la movilidad de la población nacional y mundial y de los debates y la planificación de la política exterior.

## **Resumen**

114. La revisión de la literatura destaca cinco tendencias geopolíticas en la movilidad de la población contemporánea. Estas tendencias están teniendo un gran impacto en la respuesta al SIDA entre las poblaciones móviles. Si no abordamos adecuadamente estas realidades, los costos humanos seguirán siendo inaceptablemente altos y no podremos alcanzar nuestros objetivos para 2030.

*“La mayoría de las ONG’s existentes se centran en los servicios: consulta, prueba y tratamiento, pero nada más. ”No hay programas de empoderamiento para migrantes, no hay capacitación en diversidad para trabajadores sociales, apoyo limitado en lo que respecta al procedimiento de solicitud de asilo o la legalización de personas sin papeles”.*

*- Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlín*

115. La revisión también indica varias vías de buenas prácticas que, si se implementan y se amplían, podrían darnos una mejor oportunidad de alcanzar nuestras metas para 2030. Estas buenas prácticas incluyen:

- Participación significativa de las personas en movimiento, así como de la sociedad civil, especialmente de personas de poblaciones clave;
- Leyes efectivas y/o reformas reglamentarias, como la despenalización de ciertos comportamientos de poblaciones clave (HSH, Personas que usan Drogas Inyectables (siglas en inglés PWID), trabajadores sexuales) y el fin de la discriminación en la ley de inmigración contra ciertas formas de trabajo dominadas por mujeres.
- Capacitación para las personas en movimiento, los trabajadores de la salud, las organizaciones clave lideradas por la población y los proveedores de servicios comunitarios para garantizar que sean competentes en cultura e idioma y así puedan brindar servicios seguros.
- Los sistemas nacionales de salud que son sensibles e incluyen a las personas en movimiento, incluida la cobertura universal de salud, así como el monitoreo y financiamiento efectivo de los servicios de salud;
- Continuidad de la atención en las fases previas a la salida, el tránsito, la llegada, la detención y el retorno, incluidos los sistemas de pasaportes médicos, capacitación significativa previa a la salida y posterior a la llegada, intervenciones de salud, lugares accesibles para servicios, sistemas de referencia comunitarios;
- Abordar el estigma y la discriminación a través de la educación pública sobre el valor social y económico de la movilidad de la población;
- Proteger a las personas en movimiento, incluidos los niños, contra la explotación económica; y
- Respuestas eficaces para reducir las vulnerabilidades frente al VIH y la coinfección de los migrantes indocumentados.

#### 4. VOCES DE LA COMUNIDAD

##### **Entrevistas, encuestas y grupos focales**

116. La Delegación recopiló experiencias de la comunidad y autoinformes que ilustran los desafíos clave relacionados con las experiencias de movilidad y VIH de las personas. Esto se hizo principalmente a través de entrevistas con personas en movimiento y partes interesadas, así como a través de respuestas a las encuestas. Las entrevistas se realizaron en todas las regiones representadas en la Delegación: África, Asia-Pacífico, Europa, América Latina y el Caribe y América del Norte. Las citas de personas en movimiento, así como las partes interesadas, aparecen a lo largo del informe.

*“Emigré debido a la situación violenta en Venezuela y la escasez de alimentos. Quería una vida mejor para mí. El gobierno debe proporcionar provisiones para los migrantes, la sociedad civil debe tener una red para poder saber dónde están los migrantes y los migrantes deben formar una organización para llevar sus problemas al nivel nacional. No tengo acceso a asistencia médica. Tengo un empleo estable y formal y no estoy documentada como migrante ”.*

*- Jessica, trabajadora sexual transgénero, Venezuela.*

117. La mayoría de los participantes de la encuesta estaban empleados, con acceso a atención médica y buen conocimiento de los servicios disponibles para el VIH, la tuberculosis y, en menor medida, la hepatitis. Alrededor de la mitad de los participantes se autoidentificaron dentro de un grupo de población clave. Procedían de 28 países de origen diferente, predominantemente Colombia, India, Jamaica, Kenia, Nigeria, Filipinas, Polonia, Estados Unidos, Venezuela y Zambia. Una observación notable es el impacto del movimiento de la población de Venezuela en los países vecinos de América Latina, donde se informa que la mayoría de las personas en movimiento en la región son hombres que han estado en movimiento durante menos de un año.
118. Las personas en movimiento identificaron una serie de factores que pueden resultar en una mayor vulnerabilidad al VIH y las coinfecciones. Los factores incluyen barreras culturales y de idioma, temor a solicitar/acceder a servicios y ser reportados a las autoridades, falta de acceso a servicios específicos para personas en movimiento, falta de comprensión sobre el sistema de salud, malas condiciones de vida, conductas y prácticas sexuales de riesgo, y la falta de acceso a los servicios de prevención. Los siguientes son tres resúmenes de entrevistas de personas en movimiento que ilustran los temas relevantes.

*“Vengo de un área muy remota en Subang, Java Occidental, donde hay muy pocas oportunidades de empleo. Además, soy mujer, esto significa que tengo una oportunidad aún más pequeña en comparación con los hombres. Por lo tanto, decidí unirme a una agencia y trabajar en otro país. He vivido en diferentes países (en su mayoría países de Oriente Medio) y ciudades con mi trabajo actual. Sin embargo, desde que descubrí mi estado de VIH por primera vez, no he regresado a mi agencia para trabajar en otro país porque hay un chequeo médico antes de salir del país e incluye una prueba de VIH. Al trabajar en los países del Medio Oriente, pude ahorrar mucho dinero para ayudar a mi familia al regresar a casa.*

*Todavía tengo que recibir mis ARV (Antirretrovirales) mensualmente en casa y no es posible que regrese a casa todos los meses. Por lo tanto, necesito que alguien reciba mis ARV cada mes y los envíe a donde estoy ahora. Pero todavía tengo que estar presente cada 3 meses. Por suerte, estoy trabajando con una familia que entiende la situación, por lo que puedo ir a casa cada 3 meses. Conozco a otras personas que al final tienen que interrumpir su tratamiento antirretroviral porque la familia con la que trabajan no conoce su estado respecto al VIH y no les permiten ir a casa con regularidad.*

*Todos mis registros administrativos se basan en mi ciudad natal. Por eso es difícil para mí acceder a servicios en otra ciudad. La forma en que funciona el seguro nacional en Indonesia se basa en la ubicación residencial. No he tenido CD4 o prueba de carga viral en los últimos 2.5 años, y si tengo que pagar, sería muy costoso. He perdido las oportunidades de empleo debido a mi estado de VIH, a pesar de tener ahora otro trabajo ”.*

*- Nani, mujeres heterosexuales y migrantes internas que viven con VIH, Indonesia*

*“No tienes acceso a nada, no tienes acceso a la atención médica, no puedes trabajar. No puedes poseer nada a tu nombre. No tienes identificación, documentos de trabajo, número de seguro social que pueda ayudarte. Cuando comienzas a trabajar con documentos de identificación, entonces comienzas a tener acceso. También es muy difícil si quieres moverte. La necesidad de documentos es primordial. Necesitas papeles para el banco, para el trabajo, para la seguridad. Puede llevar años conseguir documentos. Si te enfermas, solo tienes que caminar para encontrar un hospital que te acepte y te trate. Estás separado de las cosas que te definen como persona. Dejas atrás tu país, tu cultura, tu identificación. Créeme no es fácil*

*El gobierno y las ONG's necesitan desarrollar un sistema de apoyo para llegar a las personas en mi situación y ayudar con información y necesidades básicas. Necesitamos información básica sobre la mejor manera de acceder a la identificación / solicitar un estado legal sin poner en peligro la estancia. Hay una necesidad de sensibilización de la situación migratoria. La gente se enferma, necesita atención médica. Las ONG's pueden tener programas de voluntariado para migrantes para ayudarles a capacitarse y mejorar sus habilidades lingüísticas. Es importante aprender a trabajar en el nuevo país.*

*Como refugiado o migrante, puedes estar en situaciones muy vulnerables: puedes terminar haciendo cosas que normalmente no harías, o incluso considerarías hacer.*

*Simplemente creo que ser un refugiado/inmigrante es una decisión difícil. No sabes cómo es realmente hasta que estás en la situación. Viene con sus propios desafíos que desconoces hasta que lo haces. He tenido suerte. Tengo un lugar donde quedarme, y familia aquí. Y, sin embargo, todavía es muy difícil. Es muy desafiante, no sabes qué pasará después. Es muy duro. La gente todavía lo hará. Piensan que venir a un nuevo lugar será mejor.”*

*- Pelagia, mujeres heterosexuales y migrantes internacionales, Zimbabue.*

*"Tuve un incidente muy aterrador con la policía en México y fui atacado, y me dejaron golpeado en una zanja, desnudo en medio de la noche. Fue entonces cuando me di cuenta de que tenía que salir de México. Caminé, caminé y una familia me invitó a San Francisco.*

*Necesitamos justicia lingüística y un compromiso con la accesibilidad lingüística. Hay una completa falta de apreciación sobre este tema. Va más allá de la traducción. Las personas no tienen conocimientos y experiencia en inglés técnico. La vida como un hablante no nativo es extremadamente difícil.*

*Lo que debe suceder es un compromiso internacional con la justicia racial. Debe haber una participación significativa de los migrantes y refugiados en las comunidades locales y es un verdadero desafío. Necesitamos empleos para los migrantes con VIH.*

*La comunidad del VIH necesita acoger una agenda de justicia racial. La comunidad migratoria necesita abordar el VIH. Los dos mundos necesitan unirse. Por defecto, enfrentaré muchas barreras, gay, Latinx, VIH positivo, migrante: puede ser abrumador. Necesitamos crear centros de acogida y lugares donde los migrantes puedan retribuir a la comunidad y entre sí. Soy un defensor del VIH informado y me ha costado mucho obtener la atención que necesito, atención competente y culturalmente relevante, para quien soy".*

*- Marco, HSH viviendo con VIH, en movimiento, México*

119. Además, la Delegación recopiló información de las partes interesadas y los proveedores de servicios en la respuesta al SIDA en las cinco regiones. Estas partes interesadas están comprometidas con una variedad de actividades, que incluyen servicios directos para el VIH, formulación de políticas, apoyo legal, defensa y campañas, investigación, capacitaciones y clases de idiomas. La mayoría declaró que involucraron a personas en movimiento como pares en la realización de sus actividades, por ejemplo, en liderazgo y gestión, servicios de primera línea, voluntariado e investigación.

120. En general, las partes interesadas señalaron necesidades y desafíos similares a los identificados por las personas en movimiento, incluida la ausencia de protecciones básicas, la dificultad para adquirir un estatus / legalización documentado, la falta de conocimiento sobre el VIH y las coinfecciones, la falta de conocimiento y acceso a información cultural, servicios de salud y otros servicios lingüísticamente competentes, en busca de empleo, estigma y discriminación, aislamiento, pobreza, falta de vivienda, problemas de salud mental, temor a la violencia, temor a la criminalización / detención y deportación, pérdida de identidad y trauma.

121. Las citas breves de las partes interesadas están dispersas en todo el informe.

## **ESTUDIO DE CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS**

Esta sección presenta ejemplos de buenas prácticas que pueden reproducirse y/o ampliarse para mejorar la respuesta al SIDA y apoyar la consecución de la meta 2030 de terminar con el SIDA como una amenaza para la salud pública.

## 1. MAP Foundation, Chiang Mai, Tailandia

Tailandia tiene más de 2 millones de trabajadores migrantes documentados de los países vecinos de Camboya, la República Democrática Popular Lao y Myanmar, así como un número desconocido de migrantes indocumentados. Los migrantes que están debidamente registrados están destinados a tener un seguro de salud para migrantes o seguridad social. Sin embargo, hay numerosos casos de trabajadores migrantes que carecen de cobertura de salud debido a la negligencia de los contratistas o empleadores. Una política que ha permitido que los inmigrantes indocumentados compren un seguro de salud se retiró debido a la renuencia de los hospitales a participar en el cambio. Los migrantes documentados sin la cobertura de salud adecuada y los migrantes indocumentados ahora tienen que pagar de su bolsillo todos los servicios de salud y VIH.

Los migrantes con seguro de salud tienen acceso gratuito a los ART, pero las pruebas voluntarias de VIH no están cubiertas. Las barreras del idioma, la falta de confianza y las limitaciones relacionadas con la ubicación y el momento de la prestación del servicio son algunos de los obstáculos que enfrentan los migrantes para acceder a asesoramiento y pruebas del VIH en los centros de salud pública de Tailandia. Como resultado, los migrantes que viven con la infección por VIH a menudo son diagnosticados con VIH avanzado.

La Fundación MAP, una ONG local que trabaja para promover y proteger los derechos de los trabajadores migrantes en el norte de Tailandia es un subreceptor del proyecto del Fondo Mundial "STAR - Detener la TB y el SIDA a través de RRTTR". Con el fin de aumentar el acceso de los migrantes a las pruebas del VIH, MAP ha abierto su propio centro de pruebas de salud en una comunidad migrante. El centro alienta a los migrantes a realizar pruebas de detección del VIH, por ejemplo, agregando pruebas de sífilis y de hepatitis B y C al paquete de pruebas gratuitas.

El personal capacitado de MAP, ellos mismos migrantes, ayuda a proporcionar asesoramiento en los idiomas de los migrantes y se coordina con la comunidad de migrantes, mientras que los médicos clínicos proporcionan el asesoramiento y administran las pruebas. A través de una asociación con una organización de investigación internacional y una universidad local, el centro cuenta con algunos de los equipos de prueba más avanzados disponibles y proporciona resultados de prueba rápidos y precisos. Todos los casos de VIH u otras afecciones de salud son luego remitidos para pruebas confirmatorias y tratamiento.

En los últimos dos años, la Fundación MAP ha brindado pruebas y asesoramiento a más de 315 migrantes a través del centro, y recomendó a 11 trabajadores migrantes que viven con VIH recibir tratamiento. Sin embargo, está programado que el apoyo del Fondo Mundial para Tailandia termine en 2020. Mientras tanto, el Gobierno de Tailandia no puede usar fondos públicos para apoyar los servicios para los no tailandeses. Es importante para los trabajadores migrantes que los centros de salud comunitarios como MAP sean reconocidos y apoyados como canales para brindar servicios para el VIH.

*Esta buena práctica demuestra la participación significativa y la capacitación de las personas en movimiento, la colaboración con los proveedores locales de atención médica y la integración de las pruebas de VIH en otros servicios de pruebas de salud voluntarios basados en la comunidad para reducir la estigmatización.*

## **2. Valley AIDS Services, Lower Rio Grande Valley, EE. UU.**

Texas tiene una frontera de casi 3,200 kilómetros con México, gran parte de ella intransitable. La frontera a lo largo del Bajo Valle del Río Grande es más accesible e incluye un río fácilmente transitable, muchas ciudades agrícolas transfronterizas y varios puntos de entrada oficiales. En consecuencia, alrededor de 30 000 inmigrantes cruzan a los Estados Unidos anualmente a lo largo de esta sección de la frontera sin autorización oficial. Muchos huyen de la violencia de pandillas en México y América Central, otros huyen de la pobreza y el abuso doméstico, y algunos huyen de la discriminación por orientación sexual o identidad de género. Algunas personas que saben que están viviendo con VIH también cruzan la frontera para buscar atención que no pueden obtener donde viven.

El gobierno de los EE. UU. inició un programa de tolerancia cero para los inmigrantes indocumentados, incluidos los esfuerzos masivos de deportación, bajo la administración de Obama. Estos esfuerzos se han vuelto dramáticamente más severos en los últimos dos años. Cuando los inmigrantes son detenidos por funcionarios fronterizos, son puestos en detención, lo que puede durar meses o años si las personas detenidas intentan apelar su deportación. Las circunstancias en estos centros de detención son al menos tan duras como en las cárceles. El abuso físico y sexual es común, y las personas con enfermedades crónicas a menudo se ven privadas de atención médica.

Valley AIDS Services es una organización no gubernamental establecida en 1987 para atender a las personas que viven con el VIH en "Lower Rio Grande Valley". La única organización de servicios para el SIDA en la región proporciona una gama de servicios de prevención y tratamiento. Ha localizado uno de sus centros de prevención del VIH a dos cuadras del cruce fronterizo más grande en Brownsville. También lleva a cabo programas de prevención y pruebas dirigidas a los HSH inmigrantes y brinda PrEP independientemente de la capacidad de pago de una persona, junto con la atención primaria que hace hincapié en la salud de las personas LGBTI.

Para las personas que viven con VIH, Valley AIDS Services brinda atención médica integral centrada en el VIH, administración de casos y apoyo entre pares. Los servicios de administración de casos incluyen referencias a asesores legales para abordar cuestiones relacionadas con el estatus legal. Además, Valley AIDS Services proporciona transporte en sus propios vehículos para superar el temor de los consumidores de que las autoridades puedan pararlos y detenerlos. Los grupos de apoyo se llevan a cabo de manera discreta. Cuando los clientes son arrestados, el Consejo de Valley AIDS continúa brindándoles atención médica mientras se encuentra en la cárcel o en una detención previa a la deportación. Debido a su enfoque de bienvenida, aproximadamente una cuarta parte de todas las personas a cargo son inmigrantes indocumentados.

*Esta buena práctica ilustra la participación significativa de las personas en movimiento, así como las respuestas legales y de salud efectivas frente a las vulnerabilidades del VIH y la coinfección de los inmigrantes indocumentados.*

### **3. ARK-Antiaids and ECUO, Rusia del sur (región de Rostov-on-Don)**

Debido a su situación geopolítica, esta región está experimentando intensos flujos migratorios a medida que las personas cruzan desde la región del Cáucaso y Asia Central o desde Ucrania. Los migrantes que viven con VIH no pueden obtener el registro en la Federación Rusa ya que se enfrentan a la deportación debido a su estado de VIH. Por lo tanto, se quedan sin asistencia médica y tienen que interrumpir su TAR cuando están en Rusia debido a muchas razones.

La organización local de personas que viven con VIH (ARK-Antiaids), junto con su socio en Ucrania, la Unión Europea y de Personas de Asia Central que Viven con VIH, desarrolló un algoritmo para hacer llegar los ARV a los migrantes ucranianos, personas que se han escapado de Donetsk. Las repúblicas populares y las personas que vivían en el territorio anexo de Crimea.

A través de una asociación con un centro médico local para el VIH, estas organizaciones aseguran que los clientes de Ucrania se realicen las pruebas de VIH (carga viral y células CD4) y reciban un documento que indique que necesitan TAR. Las copias escaneadas se envían a la oficina de la ECUO de Kiev y/o a los socios en la República Popular de Donetsk, donde pueden recoger sus medicamentos y luego enviarlos por correo o con personas que viajan a la Federación Rusa.

El esquema ha organizado tratamiento para más de 100 personas en la Federación Rusa que no pudieron iniciar o continuar su tratamiento. Sin embargo, la situación requiere un enfoque más estratégico y existe una necesidad urgente de trabajar en asociación con los países de Asia central, Georgia, Lituania y otros países a lo largo de las rutas de migración. Una iniciativa reciente es IMMIGRANIADA, un proyecto que tiene como objetivo reunir a organizaciones comunitarias que atienden a personas que viven con el VIH en Europa Oriental y Asia Central (en asociación con ECUO) para construir estructuras efectivas para atender a inmigrantes indocumentados con VIH.

*Esta buena práctica ilustra la continuidad de la atención / atención continua a través de las fronteras nacionales y las respuestas efectivas al VIH y las vulnerabilidades de coinfección de los inmigrantes indocumentados que viven con el VIH.*

### **4. Respuestas de la iglesia católica y otras organizaciones basadas en la fe a las personas en movimiento que viven con y están afectadas por el VIH y las coinfecciones**

En abril de 2016, más de 100 profesionales de todo el mundo que participan en la respuesta basada en la fe a personas que viven con y están afectadas por el VIH se reunieron para compartir buenas prácticas y experiencias relacionadas con los niños que viven con o están en riesgo de contraer la infección. A ellos se unieron otras partes interesadas, incluidos representantes de los gobiernos nacionales. Los siguientes ejemplos resaltan las buenas prácticas para brindar cuidado y atención del VIH a las personas en movimiento.

El Programa Mai Tam (Centro de la Esperanza), ubicado en la ciudad de Ho Chi Minh, Viet Nam, fue iniciado por sacerdotes locales en respuesta a mujeres y niños que viven con el VIH que habían sido abandonados por sus familias y que a menudo se encontraban viviendo en

las calles o en salas de hospital. Muchas de las mujeres habían emigrado a la ciudad desde áreas rurales y fueron víctimas de traficantes sexuales y / o dependientes de las drogas. Como la mayoría de las madres eran migrantes internas sin un permiso de salida de sus ciudades de origen, no podían acceder a los servicios de atención médica.

Las madres fueron capacitadas en habilidades laborales y fueron alentadas a comenzar sus propios negocios. Algunas de las mujeres trabajan en la industria de la costura y otras han construido un exitoso negocio de arreglos florales. Con la ayuda de la financiación temprana por parte de PEPFAR, las madres y los niños recibieron TAR. El programa ahora sirve a 87 niños en tres centros y más de 200 niños en apoyo comunitario para apoyar el cumplimiento del tratamiento. Si bien se alienta a muchas de las madres migrantes internas a que consideren regresar a sus ciudades de origen, la mayoría prefiere quedarse en la ciudad de Ho Chi Minh debido a la discriminación hacia las personas que viven con el VIH en sus lugares de origen.

La Comisión Católica Internacional de Migración es una red de organizaciones relacionadas con la Iglesia católica que se dedican a servir a las personas en movimiento, especialmente a los migrantes involuntarios. Opera programas de campo que incluyen asistencia humanitaria y protección para refugiados y migrantes forzosos. Entre ellos se encuentran nueve clínicas de atención primaria de salud en campamentos para refugiados afganos a lo largo de la frontera con Pakistán, donde el personal clínico está atento a la vulnerabilidad frente al VIH y promueve las pruebas de VIH, especialmente entre las mujeres embarazadas. La organización también brinda acceso a atención médica materna y neonatal en el área de Damasco en Siria, y servicios sociales y de salud mental para sobrevivientes de violencia sexual y de género en Jordania, Malasia y Pakistán. La Comisión también trabaja en estrecha colaboración con ONUSIDA, la OMS y la OIM para promover la atención a la migración y la salud en el Pacto Mundial sobre Migración y Refugiados.

*Esta buena práctica ilustra la participación significativa de la sociedad civil, así como la protección de las personas en movimiento contra la explotación económica.*

## 5. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlín



La evidencia muestra que los refugiados queer en Alemania carecen de acceso igualitario al sistema de salud, información, asesoramiento, pruebas de VIH / ITS y tratamiento, y rara vez

participan en la prevención del VIH / ITS. El enfoque de salud participativa basado en la comunidad es una herramienta valiosa para crear capacidad y permitir que los refugiados queer y proveedores de servicios refuercen el conocimiento y desarrollen herramientas y servicios de prevención apropiados para la comunidad heterogénea queer.

“Su salud, sus derechos” (2017–2018) es un proyecto de salud participativa de dos años basado en la comunidad para mejorar la participación de los refugiados queer en la prevención del VIH / ITS, así como para crear en colaboración los medios apropiados de prevención del VIH / ITS. Está administrado por la asociación nacional de organizaciones basadas en la comunidad de servicios para el SIDA (Deutsche AIDS-Hilfe e.V.) con socios en Berlín de varias organizaciones de inmigrantes, activistas queer refugiados, organizaciones de servicios para el SIDA y proyectos de HSH. Los componentes del proyecto incluyen un taller participativo de evaluación de necesidades multilingüe, una serie de talleres metodológicos de capacitación, un proyecto basado en el arte dirigido por la comunidad y una evaluación participativa.

Doce refugiados queer (mujeres transgénero, hombres transgénero, gays y lesbianas) y miembros de organizaciones de migrantes queer optaron por participar en el proyecto y han sido educados y apoyados para documentar sus experiencias y necesidades vividas utilizando métodos como el mapeo comunitario y la narración de historias. Temas clave y necesidades relacionadas con la salud sexual se han identificado conjuntamente. Sobre la base de estos resultados y en el marco de un taller de arte, los participantes crearon un concepto y diseño de un sitio web multilingüe para refugiados queer que ofrece información útil sobre la situación legal en Alemania, el sistema de salud alemán, el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Y el sexo más seguro. Además, presenta las direcciones de las organizaciones que ofrecen asesoramiento, pruebas de VIH / ITS y apoyo.<sup>xlvi</sup> La evaluación muestra que el sitio web se utiliza con frecuencia.

El proyecto muestra que es posible una mayor participación de refugiados queer y grupos migrantes si está habilitado. Esto requiere recursos, personal capacitado y comprometido, y un entendimiento y práctica de participación que incluye la generación de poder de toma de decisiones para los participantes refugiados. El enfoque interactivo y el uso de los métodos de apoyo para la prevención de la actuación y el desarrollo de los medios han brindado oportunidades de participación, incluso para los refugiados altamente traumatizados que pueden tener dificultades para expresar verbalmente sus pensamientos y sentimientos. También ha permitido la comunicación entre los participantes que no comparten el mismo idioma.

La participación de los migrantes en el proyecto tiene efectos positivos en varios niveles: las personas directamente involucradas mejoran sus competencias (empoderamiento); los proveedores de servicios adaptan sus medios y servicios a las necesidades y entornos de vida de los refugiados y migrantes queer; y se identifican y movilizan los recursos de las comunidades participantes y se respaldan los procesos de construcción de la comunidad.

*Esta buena práctica ilustra la participación significativa de las poblaciones clave en movimiento (HSH, mujeres transgénero y hombres transgénero), así como la capacitación tanto para las poblaciones móviles como para los proveedores de servicios.*

## **6. The Canadian HIV/AIDS Black, African and Caribbean Network, Ottawa, Canada**

The Canadian HIV/AIDS Black, African and Caribbean Network es una red nacional de organizaciones, individuos y otras partes interesadas que se dedican a responder a los problemas relacionados con el VIH en las comunidades africanas, caribeñas y negras de Canadá. Formada en 2010, la red tiene como objetivo complementar las actividades relacionadas con la Iniciativa Federal para abordar el VIH / SIDA en Canadá, específicamente entre personas de países donde el VIH es endémico como África y el Caribe.

En 2018, la red fue financiada por la Agencia de Salud Pública de Canadá en el marco del Fondo de Acción Comunitaria contra el VIH y la hepatitis C para un proyecto titulado "Red Canadiense de África negra y del Caribe para el VIH / SIDA (CHABAC): movilización en todas las regiones para crear una respuesta eficaz al VIH en comunidades ACB".

A través de este proyecto, la red está desarrollando un programa científico modelo para los servicios de prevención del VIH que se ha evaluado sistemáticamente, se basa en evidencia científica y está diseñado específicamente para las comunidades africanas, caribeñas y negras. El proyecto proporciona capacitación sobre este modelo a al menos 80 proveedores de servicios en Alberta, Ontario, New Brunswick y Nueva Escocia para que puedan adaptar sus intervenciones existentes y adoptar otras nuevas. A través de seminarios en línea, hojas de datos y presentaciones de conferencias, la red compartirá ampliamente su modelo de programa científico y las lecciones aprendidas de la implementación.

La iniciativa pretende ser un modelo de mejores prácticas y puede ayudar a movilizar a las comunidades africanas, caribeñas y negras en otros países a considerar el desarrollo de un modelo de centro regional similar para involucrar a estas comunidades en los impactos a nivel nacional financiados por su gobierno nacional.

*Esta buena práctica ilustra la importancia de involucrar y desarrollar de manera significativa las capacidades de las personas en movimiento y de las organizaciones de la sociedad civil, y de abordar el estigma y la discriminación a través de la educación pública.*

## **7. AIDS Care China, Ruili**

La ciudad de la prefectura de Dehong en Ruili, ubicada en la provincia de Yunnan, está ubicada cerca de las áreas productoras de opio del Triángulo Dorado y es el punto de partida de las principales rutas de tráfico de drogas en China. Las primeras infecciones por VIH que se detectaron aquí fueron entre las personas que se inyectan drogas en 1989.

Se estima que unas 50.000 personas de Myanmar viven en el distrito de Jiegao en Ruili. AIDS Care China, la Alliance Linking Organization, se asocia con el gobierno de Ruili para operar la "Mejor Clínica". La "Mejor Clínica" ofrece servicios de ventanilla única para las personas que viven con el VIH y las personas que se inyectan drogas, ya sea de las aldeas cercanas en Ruili o de la frontera con Myanmar. Los servicios incluyen cambio de agujas, la extensión del tratamiento de mantenimiento con metadona, las pruebas de VIH, asesoramiento y el tratamiento antirretroviral. La mayoría de los clientes son migrantes de Myanmar e incluyen conductores de camiones, personas que se inyectan drogas y trabajadoras sexuales.

Debido a estas estrategias efectivas en Ruili entre las personas que viven con VIH elegibles para la terapia antirretroviral, la tasa de mortalidad ha disminuido en un 95% en comparación con 2005. Hubo cero nuevas infecciones de VIH reportadas entre las personas que usaron medicamentos y asistieron a clínicas de tratamiento de mantenimiento con metadona desde

2008 hasta 2014, y no ha sido reportado ningún bebé nacido de mujeres embarazadas que viven con VIH que sea VIH positivo desde 2008.

*Esta buena práctica ilustra una reforma regulatoria efectiva, así como sistemas de salud locales sensibles e inclusivos en relación con las personas que se inyectan drogas y las personas que viven con el VIH y que están en movimiento.*

## **8. Brasil: Respondiendo a Venezuela, una crisis importante para la región de América Latina**

Debido a la grave crisis política y económica, una importante migración de venezolanos fuera de ese país comenzó en 2015 y se ha incrementado significativamente. De enero a junio de 2018, casi 130.000 venezolanos ingresaron a Brasil y alrededor de 60.000 solicitaron la regularización de la migración. El gobierno brasileño acordó recibir a los venezolanos, pero la creciente afluencia ha planteado grandes desafíos para los servicios de salud pública en la región norte.

La decisión del gobierno brasileño de recibir a los venezolanos se basa en una nueva Ley de Migración (No. 13,445), que brinda acceso a los servicios de salud pública y de bienestar social, así como a la seguridad social, independientemente de la nacionalidad y el estatus migratorio. El Sistema Único de Salud de Brasil (que ofrece acceso universal y gratuito a la salud) también garantiza el acceso a la atención médica integral para los migrantes.

En este contexto, se elaboró un Plan de Acción Integrado de la Salud para orientar y organizar una respuesta oportuna al flujo migratorio en el estado de Roraima, que involucra acciones entre el Gobierno Federal, el Gobierno del Estado de Roraima y los Municipios de Boa Vista, Pacaraima y otros municipios afectados por el flujo migratorio. Para acomodar a miles de venezolanos, se construyeron 10 albergues en la capital del estado (Boa Vista), donde también se brindan servicios de vacunación y promoción de la salud.

Con respecto a la prevención y atención del VIH, el plan ya promovió capacitaciones para más de 100 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y farmacéuticos) para diagnosticar y controlar clínicamente el VIH y otras ITS, con un enfoque en evitar el estigma y la discriminación. El plan también promovió la reestructuración de los servicios de salud relacionados con el VIH, con énfasis en la descentralización. Es importante enfatizar que la detección del VIH y otras ITS no es obligatoria; Los servicios se ofrecen en establecimientos de salud y refugios de forma voluntaria.

El tratamiento contra el VIH está garantizado para todas las personas que viven con VIH en Brasil, tengan o no una nacionalidad brasileña. De acuerdo con el sistema público de dispensación de ARV, el número de nuevos pacientes venezolanos en tratamiento antirretroviral aumentó 5.5 veces entre 2016 (16 pacientes nuevos) y junio de 2018 (104 pacientes nuevos).

El apoyo de Brasil a los venezolanos se extiende más allá de las fronteras del país. Consciente de que Colombia también recibió un gran contingente de migrantes, Brasil recientemente donó medicamentos de primera línea (tenofovir / lamivudine + dolutegravir) para tratar a 500 venezolanos en ese país.

*Esta buena práctica ilustra una ley efectiva y / o la reforma regulatoria, la capacitación de los trabajadores de la salud y el desarrollo de sistemas nacionales de salud que son sensibles a las necesidades de las personas en movimiento.*

## 9. Kyrgyz Indigo — servicios para HSH en movimiento en Kirguistán

Kyrgyz Indigo es una asociación pública que apoya a la comunidad de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) en Kirguistán. Sus actividades están dirigidas a promover estilos de vida saludables, fortalecer la salud psicológica, brindar capacitaciones, brindar refugios en Bishkek, brindar apoyo en la ciudad de Osh y defender los derechos de las personas LGBTI.

Kyrgyz Indigo se fundó en 2009. La organización brinda protección legal, reacciona ante violaciones de derechos humanos, realiza investigaciones, aboga por la prevención inclusiva, las intervenciones sostenibles de atención médica, y reúne a instituciones estatales e internacionales para promover la no discriminación. También ha realizado capacitaciones sobre liderazgo y activismo, derechos y género, VIH, ITS, hepatitis, tuberculosis y un estilo de vida saludable.

Kirguistán experimenta migración interna y externa. Los homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres emigran principalmente para buscar oportunidades de educación o para trabajar. La migración internacional se produce principalmente en busca de mayores ingresos y / o mayor libertad, o para evitar la opresión psicológica o la violencia cultural, incluido el matrimonio forzado. La migración y el trabajo alivian la dependencia financiera de los familiares y la presión emocional para demostrar la masculinidad a través del matrimonio y tener hijos.

Kirguistán es un país que brinda oportunidades específicas para migrantes internos y externos. Los migrantes internos HSH pueden recibir asesoramiento y pruebas de VIH gratuitas de organizaciones no gubernamentales o instituciones gubernamentales. También pueden hacer uso de un dispensario en la capital, incluso si carecen de un permiso de residencia en la ciudad. El tratamiento del VIH es gratuito para todos, incluidos los ciudadanos extranjeros.

Kyrgyz Indigo opera en la capital de la ciudad, que ofrece pruebas rápidas y apoyo social ampliamente publicitados. La organización también opera un refugio, que ofrece espacio temporal seguro, comidas calientes, servicios sociales, psicológicos y legales para las víctimas de la violencia y para los migrantes.

*Esta buena práctica demuestra que se pueden proporcionar servicios de atención médica incluyentes y sensibles para personas clave y HSH móviles, y que se puede evitar el estigma y la discriminación.*

## 10. Action for Health Initiatives (ACHIEVE, Inc.), Filipinas

La incidencia de la infección por el VIH entre los trabajadores filipinos en el extranjero ha aumentado constantemente a lo largo de los años. El registro de VIH / SIDA y ARV de Filipinas informó que el 10% (5,889) de filipinos diagnosticados con VIH desde 1984 hasta junio de 2018 (56,275) fueron trabajadores filipinos en el extranjero. El setenta y uno por ciento (4,181) de los trabajadores filipinos en el extranjero diagnosticados con VIH fueron hombres y se estima que el 86% de ellos habían contraído el VIH a través de relaciones sexuales sin protección con otros hombres. En respuesta, Action for Health Initiatives (ACHIEVE) combinó la movilización de la comunidad, el desarrollo de la capacidad institucional y la promoción basada en la investigación de acción participativa.

ACHIEVE realizó numerosos estudios sobre los vínculos entre la migración y el VIH y utilizó los resultados para desarrollar un programa de capacitación destinado a fortalecer la respuesta al VIH para los trabajadores filipinos en los países de destino. Trabajando estrechamente con el Instituto del Servicio Exterior, la Escuela para la Diplomacia del Departamento de Asuntos Exteriores, durante los últimos 14 años, ACHIEVE ha capacitado a 14 funcionarios del Servicio Exterior en el manejo de las necesidades y preocupaciones relacionadas con el VIH de los filipinos en los países de destino. Los funcionarios del Servicio Exterior están capacitados para hacer carrera diplomática y futuros embajadores.

Las capacitaciones incluyen concientización sobre el VIH y las realidades de la migración; reducción del estigma a través de programas de entrevistas con trabajadores filipinos en el extranjero que viven con el VIH; y el desarrollo de habilidades en entrevistas y asesoramiento sensibles. La capacitación se complementó con una guía para el manejo de los problemas relacionados con el VIH de los trabajadores filipinos extranjeros en los países de destino, que ACHIEVE también publicó y difundió a todos los Correos de Filipinas en el extranjero.

ACHIEVE tenía que asegurarse de que este programa fuera sostenible. Abogó por la inclusión del módulo de capacitación sobre el VIH y la migración en el plan de estudios del Instituto de Servicio Exterior para todos los funcionarios del servicio exterior y otro personal. Los involucrados en el programa de capacitación del FSI promovieron esta promoción dentro del Departamento, lo que llevó a su institucionalización.

Lo que hace que este programa de capacitación sea exitoso es la participación de los trabajadores filipinos en el extranjero que viven con el VIH. El desarrollo de este programa fue influenciado por un trabajador filipino en el extranjero que había sido diagnosticado con VIH. La participación de estos trabajadores que viven con el VIH como oradores tuvo una impresión duradera en los participantes de la capacitación. ACHIEVE aseguró que la participación de esta comunidad fue significativa y efectiva al desarrollar un programa de capacitación que mejoró su comprensión del VIH, género, sexualidad, derechos humanos y cuestiones migratorias, así como la creación de habilidades prácticas como hablar en público, constante capacitación y defensa.

*Esta buena práctica ilustra la participación significativa de las personas en movimiento que viven con el VIH en la capacitación de las partes clave interesadas.*

## 11. Wajood: Empoderando a las personas transgénero e hijras para acceder a la salud sexual y los derechos humanos en la India



Las comunidades transgénero e hijra se encuentran entre las poblaciones más marginadas de la India. Tienen la segunda prevalencia de VIH más alta en la India con un 7,2% (NACO 2017), y globalmente tienen una posibilidad 49 veces mayor de contraer el VIH. En 2016, el gobierno de la India finalmente les otorgó el estatus legal. Sin embargo, siguen estando marginadas con acceso limitado a servicios que incluyen salud, educación, derechos sociales y opciones de medios de vida. La violencia y específicamente la violencia de género contra personas transgénero e hijra dentro y fuera de la comunidad es importante y común: de la policía, clientes e incluso socios regulares. Debido a que la mayoría de los miembros transgénero e hijra son expulsados de sus hogares o abandonados, a menudo son migrantes o móviles sin documentación.

Wajood está diseñado para y dirigido por personas transgénero e hijra. La singularidad del proyecto es que demuestra modelos para escalar servicios completos, basados en necesidades y sensibles para personas transgénero e hijra. Se está implementando en cinco estados y seis sitios: Delhi (NCR), Gujrat (Vadodara), Karnataka (Kholar y Chikbalapura), Andhra Pradesh (Eluru) y Telangana (Hyderabad). Sirviendo a 7,000 transexuales e hijras, los tres miembros del personal básico y 32 del personal de campo tienen antecedentes trans o hijra.

Dado que las comunidades no son homogéneas, era importante asegurar que Wajood alcanzara la amplia diversidad de personas transgénero e hijra. En cada sitio, dos o tres miembros de la comunidad con cualidades de liderazgo fueron capacitados como "agentes de cambio" y equipados para responder a tres áreas específicas de necesidad: trabajar en el acceso a una feminización segura, apoyo contra la violencia que enfrenta la comunidad y ayuda en protección social y apoyo - con asesoramiento, pruebas de VIH y atención continua como el servicio básico. Los agentes de cambio pertenecían a diversos grupos de personas transgénero e hijra, incluidos aquellos que eran extremadamente tradicionales y que vivían

en hogares comunitarios, aquellos con fuertes filiaciones religiosas y los de grupos de trabajadoras sexuales en saunas (sitios de trabajo sexual de alta densidad).

Antes de ir a las comunidades, los trabajadores de extensión y los agentes de cambio mapearon a los guardas y simpatizantes y desarrollaron sistemas como equipos de respuesta a la crisis con defensores y médicos en el equipo junto con líderes transgénero e hijra. También mapearon médicos amigables con la comunidad para los servicios de feminización y sensibilizaron al departamento de justicia social y la policía. Luego comenzaron a ponerse en contacto con los grupos transgénero e hijra más amplios, educando y difundiendo la conciencia y vinculando a las personas que necesitaban servicios, por ejemplo, inscribirse en instituciones educativas, acceder a derechos sociales como tarjetas de identificación y negociar oportunidades de trabajo. Como resultado, la aceptación de los servicios de VIH también aumentó.

*Esta buena práctica ilustra la capacitación de las poblaciones clave que están en movimiento internamente, específicamente trans e incluyendo trabajadoras sexuales, así como de proveedores de servicios, y abordando el estigma a través de la educación pública.*

## **12. Welcoming America—construyendo una nación de vecinos, EE.UU.**

(<https://www.welcomingamerica.org/>)

El programa Welcoming America asume que la diversidad cultural enriquece a las comunidades con perspectivas únicas y variedad de pensamiento. Es una red nacional de organizaciones y socios del gobierno local sin fines de lucro, que reconoce que ser bienvenidos conduce a la prosperidad. Todas las personas, incluidos los inmigrantes, son contribuyentes valiosos que son vitales para el éxito de las comunidades y su futuro compartido. Lanzado en 2009, Welcoming America ha estimulado un creciente movimiento en los Estados Unidos, con uno de cada ocho residentes que viven en una Comunidad de bienvenida: estos lugares muestran que es posible ir más allá del miedo e incluso la tolerancia hacia un futuro brillante para todos. Este galardonado modelo de emprendimiento social está comenzando a ampliarse en otros lugares.

El movimiento abarca una amplia gama de participantes en cada área local: socios corporativos y agencias de desarrollo económico, incluidas las instituciones financieras; socios cívicos como YMCA e instituciones educativas; socios del sector público, incluidos no solo el gobierno local sino también los jefes de policía y los consejos escolares; organizaciones filantrópicas locales, fundaciones comunitarias; y representantes de muchas comunidades de fe.

Las comunidades acogedoras fomentan un entorno de cultura y política que hace posible que los recién llegados de todos los orígenes se sientan valorados y participen plenamente junto a sus vecinos en el tejido social, cívico y económico de sus lugares de acogida. Estas comunidades acuerdan garantizar que todos los sectores relevantes, como el gobierno, las empresas y las organizaciones sin fines de lucro, trabajen juntos para crear un clima comunitario acogedor que apoye la integración a largo plazo.

Los municipios se comprometen a institucionalizar estrategias que aseguren la inclusión continua y la integración económica y social a largo plazo de los recién llegados. Los

mensajes de unidad y valores compartidos impregnan a la comunidad a través de los medios de comunicación, a través de las voces de los líderes y entre los residentes. Además, se establecen políticas y prácticas para garantizar que las interacciones entre los residentes nuevos y de larga data sigan siendo positivas y la vitalidad económica de la comunidad se mantenga sólida.

Un ejemplo de una comunidad tan acogedora es Iowa City.<sup>xlvii</sup> Este enfoque local implica ir más allá de un solo programa o servicio para trabajar con instituciones en toda la comunidad para reducir las barreras que enfrentan los inmigrantes y construir puentes entre los recién llegados y los residentes de larga data. Un fuerte ímpetu proviene del Grupo de Desarrollo del Área de Iowa City, formado en 1984, que se compromete a mejorar la vitalidad económica del área, a fomentar un clima empresarial fuerte y a promover las oportunidades de empleo. Se desarrolló un sitio web para ayudar a los inmigrantes a conectarse con todos los recursos y eventos necesarios para instalarse en el área. Finalmente, se ha exhibido una serie de pancartas de bienvenida en toda la ciudad para promover las buenas relaciones y una visión positiva de los inmigrantes.



*Esta buena práctica ilustra cómo se puede abordar el estigma y la discriminación a través de la acción colaborativa local y la educación sobre el valor social y económico de la migración, y cómo las personas en movimiento pueden protegerse contra la explotación.*

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*“Se deben establecer espacios bilingües y acogedores. Hay una necesidad de darte la bienvenida al nuevo lugar. Un centro acogedor. Y, si es posible, las personas en dicho centro pueden ayudarte a conectarse a los sistemas. Sería fantástico si existiera un sistema de navegador de pares: necesitas ayuda con todo esto. Sería mucho menos intimidante, pueden suceder muchas cosas. Es realmente difícil y requiere recursos increíbles y recursos internos para obtener atención médica cuando tienes necesidades básicas que satisfacer. No estoy encontrando una manera fácil de hacerlo”.*

*- Laurel, lesbianas que viven con VIH, trabajadora migrante, EE. UU.*

122. Este informe enfatiza que los vínculos entre la movilidad de la población y el VIH son claves para lograr nuestros objetivos y metas globales para 2030, y para no dejar a nadie atrás. Se pueden sacar cuatro conclusiones principales:

***El aumento relativamente reciente, la aceleración y la diversidad de la movilidad humana están agravando la vulnerabilidad de las personas en movimiento frente al VIH.***

123. Este informe explora varias tendencias globales relevantes, incluyendo:

- Aumento de la diversidad y complejidad de la movilidad humana;
- El papel diferenciado emergente de las mujeres en movimiento;
- El cambio en nuestro paradigma de salud hacia una apreciación más positiva del desarrollo y las personas en movimiento;
- La apreciación de que la movilidad no solo se trata de cruzar las fronteras internacionales, sino también de los movimientos internos o dentro de los países; y
- El surgimiento de la antiglobalización con un retorno a puntos de vista más negativos sobre los derechos humanos y la migración internacional.

124. Estas tendencias están teniendo un impacto significativo en la atención médica del VIH. Es difícil garantizar la continuidad de la atención del VIH durante el aumento actual de la movilidad de la población, por ejemplo, de las zonas rurales a las urbanas o a través de las fronteras internacionales. La financiación y el acceso a la atención médica generalmente se han basado en la residencia, la ciudadanía, la categoría ocupacional o la relación familiar con alguien con seguro médico. Sin embargo, el aumento de la movilidad de la población altera estos enfoques tradicionales. La movilidad y el estado de la migración pueden aumentar la exposición y la vulnerabilidad al VIH, la tuberculosis y la hepatitis.

125. Los diversos desafíos y barreras legales y reglamentarias que se encuentran en el proceso de mudanza pueden agravar las condiciones de salud, con políticas discriminatorias que resultan en costos más altos, acceso limitado a servicios y tratamiento, y mayor morbilidad y mortalidad. El hecho de que haya una falta de consenso internacional sobre las definiciones de términos clave como migración y movilidad solo se suma a la complejidad del contexto actual.

***Los obstáculos y las brechas importantes que enfrentan las poblaciones móviles en lo que respecta al acceso a los servicios del VIH y coinfecciones***

126. Hay obstáculos importantes, así como brechas en la promoción, las políticas, los programas y el financiamiento del VIH y la coinfección para las comunidades móviles. En demasiados casos, las fronteras se tratan cada vez más como zonas libres de derechos, donde se asume ilegalmente que los derechos humanos se suspenden y la protección contra la discriminación se considera incorrecta como basada en un estado regular en una ubicación de acogida.
127. Los entornos de atención médica siguen siendo una de las principales fuentes de prácticas discriminatorias para las personas en movimiento. Los servicios de atención médica y la aplicación de la ley pueden parecer incluso superpuestos, con entrenamiento o capacitación inadecuada para este personal en relación con la experiencia de las personas en movimiento y la falta de barreras para garantizar el acceso a los servicios de salud independientemente del estado de la migración.
128. Faltan instalaciones y capacitación para que las personas en movimiento puedan abordar las barreras, por ejemplo, ayuda legal, defensoría del pueblo u otros mecanismos de reparación. Se puede prestar una atención insuficiente a la comunicación lingüística y culturalmente sensible frente a la información médica. Una persona en movimiento también puede estar expuesta a varios niveles de estigmas relacionados con el VIH o con la población y puede ser criminalizada, detenida o deportada.

*"Decidí mudarme debido a mi uso de drogas y el acoso familiar. En general, los principales desafíos que ahora enfrento incluyen el acceso a alimentos, vivienda, trabajo y servicios de salud. A veces me enfrento al acoso policial. Como soy una persona que vive con el VIH, necesito un tratamiento regular; También necesito tratamiento para la hepatitis C. Los gobiernos podrían tener un centro para migrantes que guíe a las personas que vienen de sus hogares, un sistema donde los inmigrantes pueden obtener apoyo para obtener documentos o identificación. Ojalá no hubiera fronteras "*

*- Rachi, hombre heterosexual, usuario de drogas inyectables que vive con VIH y migrante, Myanmar*

129. Detrás de estas barreras está la falta de datos y evidencia sobre los vínculos entre la movilidad de la población y el VIH en general y sobre las necesidades de subpoblaciones específicas en movimiento. Sin mejorar la base de datos de la movilidad de la población y el VIH de forma integrada, es poco probable que los legisladores o la planificación de la atención médica sean más sensibles e incluyan a las personas en movimiento.

***Las poblaciones móviles están en peligro de quedarse atrás en la respuesta al SIDA; un número significativo de ellos pertenecen a poblaciones clave***

130. Un gran número de personas en movimiento pertenecen a poblaciones clave. Estas subpoblaciones móviles tienen un acceso reducido a los servicios y corren un mayor riesgo de contraer el VIH que las personas que no están en movimiento, en parte debido a que están marginadas, enfrentan restricciones de movimiento y también pueden ser criminalizadas. Empoderar e involucrar a las poblaciones móviles, especialmente aquellas que pertenecen a poblaciones clave, es una estrategia clave para lograr los objetivos 2030.

*“Me fui de casa por peleas con mi familia; Tuve el apoyo de mi gurú (senior hijra). Y me mudé a mi ubicación actual porque encontré una nueva familia hijra allí y un gurú. Actualmente, mis principales preocupaciones se relacionan con la presión arterial alta, la necesidad de servicios de salud sexual y la terapia hormonal. También luché por la falta de agua regular, trabajando en áreas que no están limpias, y algunas veces me enfrento al acoso policial. La gente no se da cuenta de los problemas de las personas transgénero: necesitamos ser aceptadas y tener oportunidades ”.*

*- Payal, hijra / transgénero, migrante interno, India*

### **Existe una gama de buenas prácticas innovadoras y escalables para promover la atención al VIH y servicios relacionados entre las comunidades móviles**

131. Este informe presenta una variedad de buenas prácticas que abordan una amplia gama de temas, incluida la participación significativa de las poblaciones móviles, el desarrollo de capacidades tanto de las personas en movimiento como de los trabajadores de la salud, para garantizar servicios competentes para la cultura y el idioma, servicios de salud sensibles a la población, continuidad de la atención / cuidado continuo en todo el proceso de movimiento (incluidos los sistemas de pasaportes médicos y lugares de servicio accesibles) y respuestas a las vulnerabilidades del VIH y la coinfección de los inmigrantes indocumentados. Sin embargo, las buenas prácticas no agotan el rango de respuestas innovadoras posibles. Hay ejemplos de muchas ONG's que brindan servicios de VIH y coinfección, incluso para migrantes sin seguro o indocumentados. Abordar las necesidades de salud de las personas en movimiento es crucial para terminar con la epidemia de SIDA para 2030. Los gobiernos, las ONG's y el sector privado pueden colaborar para replicar o ampliar las numerosas buenas prácticas disponibles.

### **Recomendaciones**

132. Este informe habla en términos generales a una variedad de partes interesadas, tanto de la comunidad como de otros. Sin embargo, estas recomendaciones se proporcionan específicamente como un recurso para el desarrollo de los puntos de decisión a ser llevados a cabo por la delegación de las ONG's a la reunión de la JCP en diciembre de 2018. Este informe recomienda las siguientes acciones para abordar de manera más efectiva las vulnerabilidades frente al VIH y las coinfecciones entre las poblaciones móviles y para lograr los objetivos 2030. Llama a ONUSIDA a

- Adoptar la definición de migrante de la OIM; e implementar plenamente el acuerdo de cooperación entre ONUSIDA y la OIM para promover el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH para migrantes, poblaciones móviles y personas afectadas por emergencias humanitarias;
- Aumentar sus esfuerzos para abordar y eliminar todas las barreras legales y reglamentarias que socavan los derechos humanos y de salud de las poblaciones móviles, incluidas las restricciones de viaje, la criminalización de poblaciones clave, la criminalización de la transmisión del VIH y la falta de provisión y acceso a servicios, incluyendo a los servicios de reducción de daños;

- Desarrollar y promover un paquete básico de servicios no judiciales de atención primaria, de salud, confidenciales, cultural y lingüísticamente competentes que se pondrán a disposición de las personas en movimiento como parte de la cobertura universal de salud y en reconocimiento de su derecho al más alto nivel posible de salud, independientemente de estado migratorio, gratuito, incluyendo acceso rápido a diagnósticos de VIH, tuberculosis y hepatitis, servicios de tratamiento y atención de calidad y culturalmente competentes, servicios de salud mental según sea necesario, servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas, y garantizar la continuidad de la atención;<sup>xlviii</sup>
- Solicitar que la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos prepare un informe sobre el estado del respeto de los derechos humanos y de salud de las poblaciones móviles, incluidas las que viven con y en riesgo de contraer el VIH, así como las que pertenecen a poblaciones clave y cualquier ley que permita restricciones de viaje y trabajo, deportación o confinamiento por motivos de orientación sexual y comportamientos sociales no conformes, así como el estado de VIH, TB o hepatitis;
- Desarrollar un resumen de políticas sobre la participación significativa de las poblaciones móviles alineadas con el principio de "La mayor participación de las personas que viven con VIH y SIDA" (GIPA, por sus siglas en inglés) de "nada sobre nosotros sin nosotros" con recomendaciones para los gobiernos, la sociedad civil y los donantes internacionales sobre cómo aumentar, mejorar y apoyar su participación como pares en el desarrollo, entrega y evaluación de las respuestas mundiales, regionales y nacionales al SIDA;
- Ofrecer asistencia técnica para garantizar que los sistemas nacionales de atención médica y los planes contra el VIH aborden con urgencia las necesidades de las personas en movimiento, incluida la provisión de clínicas móviles y otras formas de pruebas de detección del VIH basadas en la comunidad, alternativas a la detención, pasaportes médicos / de salud u otras tarjetas de registro clínico de pacientes que aseguren la continuidad de la atención médica, estableciendo un marco de datos común y mejorando la base de evidencia sobre el VIH en relación con las poblaciones móviles, la capacitación del personal de atención médica en salud sensible/inclusiva y culturalmente competente o basada en derechos de atención a poblaciones móviles, protecciones contra la explotación laboral y la violencia sexual, y fortalecimiento de la cooperación internacional en la salud de poblaciones móviles;
- Solicitar la inclusión explícita en la respuesta al SIDA dirigida a las poblaciones clave aquellas personas en movimiento que pertenecen a poblaciones clave, es decir, las personas en movimiento que también son hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas quienes se inyectan drogas y las personas que se mueven en lugares cerrados, como centros de detención o campamentos; así como a los grupos particularmente vulnerables, como los inmigrantes indocumentados, las personas que pueden haberse visto obligadas a actuar contra su voluntad o las víctimas de la trata, y las poblaciones móviles que pueden ser designadas como

poblaciones clave por países específicos en función del contexto social y epidemiológico.

## 6. ANEXOS

### Anexo 1. Agradecimientos y participantes

La delegación de las ONG's de la JCP agradece a todas las personas y organizaciones, incluidos los 83 encuestados, que contribuyeron con su tiempo, experiencia y conocimientos para hacer posible este informe. Sus voces, experiencias e historias son cruciales para garantizar que se tomen acciones urgentes y relevantes en la JCP para abordar los problemas y preocupaciones de las personas en movimiento en el contexto de una epidemia mundial de SIDA.

Allen Kyendikuwa, Uganda Youth Coalition on Adolescent SRHR and HIV (CYSRA-Uganda)  
Amara Quesada, Action for Health Initiatives, Filipinas  
Bangyuan Wang, AIDS Care China, Ruili  
Boi Gupta, Pan Africa Positive Women Coalition  
Brahm Press, MAP Foundation, Tailandia  
Carmen Foster, La Clínica de la Raza  
Charles King, Valley AIDS Services, Lower Rio Grande Valley, EE.UU.  
Chiwere, HIVOS  
Chhiring Sherpa  
Christian Hui, Canadian Positive Peoples Network  
Christopher Hicks, National AIDS Trust, Reino Unido  
Daniyar Orsekov, Kyrgyz Indigo – Servicios para HSH en movimiento en Kirguistán  
Eric Omondi, ASWA  
Evelyn Foust, North Carolina Communicable Diseases Branch  
Fábio da Silva Sartori, Departamento de ITS, VIH / SIDA y hepatitis viral, Ministerio de Salud de Brasil  
Fernanda Rick  
Guillermo Chacon, Comisión Latina sobre el SIDA  
Judith Rorrie, North Dallas Shared Ministries  
Juliana Givisiez  
Junani, Bandung, Indonesia  
Konstantin Lezhentsev, ARK-Antiaids and ECUO, Sur de Rusia (región de Rostov-on-Don)  
Kwaku Adomako, African Black Diaspora Global Network  
Laurel  
Lella Cosmaro, LILA Milano ONLUS, Italia  
Marco  
Nabwire Janet, Busia Youth Centre  
Nassaka Mariam, East and Southern Africa Youth Alliance on SRHR and HIV  
Noulmook Sutdhibhasilp  
Olive Mumba, East Africa Networks of AIDS Service Organizations  
Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)/Indonesian Sex Workers Network, Jakarta  
Patience Niagaglila  
Pelagia  
Robert J. Vitillo, Respuestas de la Iglesia Católica y de otras organizaciones basadas en la fe a personas en movimiento que viven con y están afectadas por el VIH y las coinfecciones.  
Samuei Lopez  
Shazia Islam  
Sipiwe Mapfumo  
Tanja Gangarova, Deutsche AIDS-Hilfe, Alemania

Teresa Stecker, Iowa City Compassion  
Wangari Tharao, Women's Health in Women's Hands, Canada

## **Anexo 2: Abreviaciones y acrónimos**

ACHIEVE	Action for Health Initiatives
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAR	Tratamiento Antirretroviral
CHABAC	Canadian HIV/AIDS Black, African and Caribbean Network
RDC	República Democrática del Congo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
PDI	Personas Desplazadas Internamente
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
LAC	Latino América y el Caribe
LGBTI	lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
OFW	Overseas Filipino Workers
JCP	Junta Coordinadora del Programa
PVV	Personas Viviendo con VIH
PrEP	Profilaxis preexposición
PWID	Personas que se inyectan drogas
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
TB	Tuberculosis
UHC	Cobertura universal de salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA

### Anexo 3. Marco normativo existente de los Estados miembros de las Naciones Unidas

Documentos clave	Referencias seleccionadas
<p><b>2018. 38º Sesión del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, tema 3 del programa: Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, derechos políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.</b></p>	<p>19. Insta a los Estados a abordar las formas múltiples y transversales de discriminación y las necesidades específicas de atención médica experimentadas por las poblaciones migrantes y móviles, y por los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, en el contexto del VIH, para eliminar el estigma, la discriminación y la violencia, así como revisar las políticas relacionadas con las restricciones de ingreso sobre la base del estado de VIH con el fin de eliminar tales restricciones y el retorno de las personas sobre la base de su estado de VIH, y apoyar su acceso a la prevención, diagnóstico, tratamiento de VIH, cuidado y apoyo;</p>
<p><b>2017. 35º Sesión del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, tema 3 del programa: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental</b></p>	<p>2) Exhorta a los Estados a respetar, proteger y cumplir el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental, con especial atención a los grupos en situaciones vulnerables;</p>
<p><b>2017. Punto 13.7 de la 70º Agenda de la Asamblea Mundial de la Salud: Promover la salud de los refugiados y migrantes</b></p>	<p>2. INSTA a los Estados miembros, de acuerdo con su contexto nacional, sus prioridades y sus marcos legales:</p> <p>(1) considerar la promoción del marco de prioridades y principios rectores, según corresponda, a nivel mundial, regional y nacional, incluido su uso para informar los debates entre los Estados Miembros y los socios que participan en el desarrollo del pacto mundial sobre los refugiados y el pacto mundial para la migración segura, ordenada y regular;</p> <p>(2) identificar y recopilar información basada en evidencia, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas para abordar las necesidades de salud de los refugiados y migrantes con el fin de contribuir al desarrollo de un proyecto de plan de acción mundial para promover la salud de los refugiados y migrantes;</p> <p>(3) fortalecer la cooperación internacional en materia de salud de los refugiados y migrantes de conformidad con los párrafos 11 y 68 y otros párrafos pertinentes de la Declaración de Nueva York para los refugiados y migrantes; (4) considerar la provisión de la asistencia médica necesaria a través de la cooperación bilateral e internacional a los países que albergan y reciben a grandes poblaciones de refugiados y migrantes;</p>

<p><b>2017. Punto 1.4 de la Agenda de la JCP; Informe del Representante de las ONG's</b></p>	<p>4.4 Solicita a ONUSIDA y a los estados miembros en asociación con organizaciones de la sociedad civil y todas las demás partes interesadas relevantes que:</p> <p>a. Desarrollen y apliquen metodologías de recolección de evidencia a nivel comunitario y de participación comunitaria para identificar barreras y medir el nivel y la calidad del acceso a los servicios para todas las poblaciones en riesgo para no dejar a nadie atrás;</p> <p>4.5 Solicita al Programa Conjunto que facilite las alianzas entre los estados miembros y las organizaciones comunitarias para ayudar a garantizar una acción efectiva para satisfacer las necesidades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del VIH a fin de no dejar a nadie atrás;</p>
<p><b>2016. Declaración de Nueva York de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre refugiados y migrantes</b></p>	<p>30. Alentamos a los Estados a abordar las vulnerabilidades frente al VIH y las necesidades específicas de atención médica experimentadas por las poblaciones migrantes y móviles, así como por los refugiados y las poblaciones afectadas por la crisis, y a tomar medidas para reducir el estigma, la discriminación y la violencia, en cuanto a revisar las políticas relacionadas con las restricciones al ingreso según el estado del VIH, con el fin de eliminar tales restricciones y el retorno de las personas en base a su estado de VIH, y para apoyar su acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH.</p>
<p><b>2016. Declaración política de la Asamblea General sobre el VIH / SIDA.</b></p>	<p>42. Observa con alarma el lento progreso en la reducción de nuevas infecciones y la escala limitada de los programas de prevención combinada, enfatizando que cada país debe definir las poblaciones específicas que son clave para la respuesta frente a la epidemia, según el contexto epidemiológico local, y nota con gravedad la preocupación de que las mujeres y las adolescentes, en particular en el África subsahariana, tienen más del doble de probabilidades de ser VIH positivas que los niños de la misma edad, y señalando también que muchos programas nacionales de prevención, prueba y tratamiento del VIH no ofrecen suficiente acceso a los servicios para mujeres y adolescentes, migrantes y poblaciones clave y que la evidencia epidemiológica muestra que tienen un mayor riesgo de VIH a nivel mundial, específicamente las personas que se inyectan drogas, que son 24 veces más propensas a contraer VIH que los adultos en la población general, las trabajadoras sexuales, que son 10 veces más propensas de contraer el VIH, los hombres que tienen sexo con otros hombres, que tienen 24 veces más probabilidades de contraer el VIH, las personas transgénero, que son 49 veces más propensas a que vivan con el VIH y los presos, que tienen 5 veces más probabilidades de vivir con el VIH que los adultos en la población general;</p> <p>62 (e). Promover el desarrollo y acceso a servicios integrales de prevención del VIH para todas las mujeres y adolescentes, migrantes y poblaciones clave;</p>

<p><b>2016. Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Asamblea General de la ONU</b></p>	<p>Objetivo 10.7 Facilitar la migración ordenada, segura, regular y responsable y la movilidad de las personas, incluso a través de la implementación de políticas migratorias planificadas y bien administradas.</p>
<p><b>2015. Punto 6 de la agenda de la JCP: VIH en prisiones y otros entornos cerrados</b></p>	<p>8.5 Alienta al Programa Conjunto para</p> <p>a. Empezar iniciativas para asegurar que las intervenciones apropiadas contra el VIH se incorporen de manera rutinaria en todos los programas de preparación y respuesta para emergencias humanitarias;</p> <p>b. Priorizar las acciones para abordar la violencia de género contra las personas afectadas por emergencias humanitarias, incluidas las mujeres, los jóvenes y otras poblaciones clave [...];</p> <p>c. Promover la colaboración transfronteriza y regional, así como la colaboración nacional y comunitaria, para garantizar el acceso a servicios esenciales de prevención, atención, tratamiento y apoyo del VIH para los refugiados y otras poblaciones desplazadas;</p> <p>d. Fortalecer la información estratégica sobre el VIH, incluidos los datos desglosados por edad y sexo, en emergencias humanitarias [...]</p>
<p><b>2008. Comité de las Naciones Unidas para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW): Recomendación general No. 26 sobre las trabajadoras migrantes.</b></p>	<p>23 (a) Formulación de una política integral basada en los derechos y que tenga en cuenta las cuestiones de género: los Estados partes deberían utilizar la Convención y las recomendaciones generales para formular una política basada en los derechos y que tenga en cuenta las cuestiones de género sobre la base de la igualdad y la no discriminación para regular y administrar todos los aspectos y etapas de la migración, para facilitar el acceso de las trabajadoras migrantes a las oportunidades de trabajo en el extranjero, promover la migración segura y garantizar la protección de los derechos de las trabajadoras migrantes (artículos 2 (a) y 3);</p> <p>23 (b) Participación activa de trabajadoras migrantes y organizaciones no gubernamentales relevantes: los Estados partes deben buscar la participación de trabajadoras migrantes y organizaciones no gubernamentales relevantes en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas (artículo 7 (b));</p>
<p><b>2008, Punto 3 de la agenda de la JCP: Informe del Equipo internacional de trabajo sobre restricciones de viaje relacionadas con el VIH</b></p>	<p>6.1 Alienta encarecidamente a todos los países a eliminar las restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia, y garantizar que las personas que viven con el VIH ya no sean excluidas, detenidas o deportadas en función del estado de VIH;</p>

<p><b>2008. Punto 11.9 de la Sexagésima Asamblea Mundial de la Salud: Salud de los migrantes</b></p>	<p>Pide a los Estados miembros:</p> <p>(1) promover políticas de salud sensibles a los migrantes;</p> <p>(2) promover el acceso equitativo a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de los migrantes, sujeto a las leyes y prácticas nacionales, sin discriminación por género, edad, religión, nacionalidad o raza;</p> <p>(3) establecer sistemas de información de salud para evaluar y analizar las tendencias en la salud de los migrantes, desglosando la información de salud por categorías relevantes;</p> <p>(6) aumentar la sensibilidad cultural y de género de los proveedores de servicios médicos y profesionales de la salud frente a los problemas de salud de los migrantes;</p>
<p><b>2001. Declaración de compromiso de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA.</b></p>	<p>50. Para el año 2005, desarrollar y comenzar a implementar estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a los programas de prevención del VIH / SIDA para migrantes y trabajadores móviles, incluida la provisión de información sobre servicios sociales y de salud.</p>
<p><b>1990. Convención internacional sobre los derechos de todos los trabajadores migrantes y sus familias.</b></p>	<p>Artículo 70</p> <p>Los Estados Partes tomarán medidas no menos favorables que las aplicadas a los nacionales para garantizar que las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores migrantes y los miembros de sus familias en una situación regular cumplan con los estándares de aptitud física, seguridad, salud y principios de dignidad humana.</p>
<p><b>1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</b></p>	<p>Artículo 12</p> <p>1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>2. Los pasos a seguir por los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena realización de este derecho incluirá lo necesario para:</p> <p>a) La disposición para la reducción de la tasa de muerte fetal y de mortalidad infantil y para el desarrollo saludable del niño;</p> <p>(b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial;</p> <p>(c) La prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras;</p> <p>(d) La creación de condiciones que aseguren todos los servicios de salud y atención médica en caso de enfermedad.</p>

<p><b>1951. Convención sobre el estatuto de los Refugiados.</b></p>	<p>Artículo 33 (1)</p> <p>Ningún Estado contratante expulsará o devolverá ("refouler") a un refugiado de ninguna manera a las fronteras de los territorios donde su vida o libertad sean amenazadas por su raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social particular u opinión política.</p>
<p><b>1948. Asamblea General de la ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos.</b></p>	<p>Artículo 25</p> <p>(1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para la salud y el bienestar de él y su familia, incluidos los alimentos, la ropa, la vivienda, la atención médica y los servicios sociales necesarios [...]</p> <p>(2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, ya sean nacidos dentro o fuera del matrimonio, gozarán de la misma protección social.</p>
<p><b>1946. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.</b></p>	<p>El disfrute del más alto nivel de salud disponible es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, condición económica o social.</p>

#### Anexo 4: Variedad de personas en movimiento

Población móvil específica	Descripción
Solicitante de asilo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que huye de su país de origen y solicita asilo o protección en otro país.</li> <li>- Aún no se ha determinado ninguna solicitud de estatus de refugiado.</li> </ul>
Migrante transfronterizo o circular	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que trabaja en un país, pero reside en otro, moviéndose repetidamente de un lado a otro a través de las fronteras internacionales, por ejemplo. Las fronteras China / Vietnam, Suiza / Francia o Myanmar / Tailandia.</li> </ul>
Migrante interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que se muda de su lugar de residencia habitual, pero permanece dentro de las fronteras de su propio país.</li> <li>- Por lo general, implica cruzar los límites regionales, de distrito o municipales (por ejemplo, de lo urbano a lo rural, o viceversa) con fines educativos o laborales o un mejor medio de vida.</li> </ul>
Desplazado interno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas que se han visto obligadas a abandonar el lugar donde viven como resultado o para evitar los efectos de conflictos armados, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos, desastres naturales o causados por el hombre.</li> <li>- A diferencia de los refugiados, están huyendo de casa y no han cruzado una frontera internacional</li> </ul>
Migrante laboral internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que realiza una actividad remunerada en un país donde no es nativo.</li> <li>- Por lo general, bajo un permiso de trabajo o visa especial por tiempo limitado.</li> </ul>
Migrante internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que cruza un límite estatal internacional y permanece en el país de destino por algún tiempo, generalmente al menos un año.</li> </ul>
Estudiante internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que ha cruzado una frontera nacional con fines educativos y ahora está inscrita fuera de su país de origen.</li> <li>- Generalmente bajo un permiso de estudiante o visa especial por tiempo limitado</li> </ul>
Nómada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que se mueve de un lugar a otro y no tiene un hogar permanente.</li> <li>- Puede involucrar movimientos estacionales para encontrar pasto fresco para sus animales, como en el caso de los pastores.</li> </ul>
Refugiado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que ha sido forzada a huir de su país debido a persecución, guerra o violencia.</li> <li>- Tiene un temor fundado de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad, opinión política o pertenencia a un grupo social en particular.</li> <li>- Lo más probable es que no pueda regresar a su casa de forma segura o tenga miedo de hacerlo.</li> </ul>

Rom (Roma)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que pertenece a este grupo étnico de personas tradicionalmente itinerantes que se originaron en el norte de la India pero que viven hoy en día en todo el mundo, principalmente en Europa.</li> <li>- Roma plural, también llamada romaní o gitanos (considerado peyorativo)</li> </ul>
Apátridas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que no está legalmente considerada como ciudadana por ningún estado.</li> </ul>
Turista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que visita lugares alejados de su entorno habitual principalmente con fines de placer e interés</li> </ul>
Persona traficada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que es reclutada, transportada o amparada por medio de amenazas, fuerza, fraude, engaño o abuso de poder, con el propósito de explotación.</li> <li>- La explotación puede implicar trabajo forzado, violencia sexual, esclavitud o incluso extracción de órganos.</li> <li>- Puede ocurrir en el país de origen o implicar cruzar una frontera internacional</li> </ul>
Migrante indocumentado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persona que ingresa o permanece en un país sin los documentos necesarios para estar legalmente dentro del país.</li> </ul>



---

## REFERENCIAS

- <sup>i</sup> Imagen proporcionada por Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH), Berlín / Alemania.
- <sup>ii</sup> Informe de ONG. (2017). El ONUSIDA que necesitamos no debe dejar a nadie atrás: llegar a cero nos incluye a todos (el 10-10-10). [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20171129\\_UNAIDS\\_PCB41\\_NGO\\_Report\\_17-18\\_EN.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171129_UNAIDS_PCB41_NGO_Report_17-18_EN.pdf)
- <sup>iii</sup> Sitio web ACNUR: <http://www.unhcr.org/news/latest/2016/7/55df0e556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>
- <sup>iv</sup> Sitio web OIM: <https://www.iom.int/who-is-a-migrant>
- <sup>v</sup> IOM. (2003). Movilidad de la población y VIH / SIDA.
- <sup>vi</sup> Los últimos movimientos importantes de población de África en términos de evolución humana parecen haber sido desde hace poco más de 100.000 años, extendiéndose a varias partes del mundo, tan lejos como Australia (hace 45.000 años) y el este de Asia (hace 30.000 años). Lewin, R. (2005). *Human evolution*. Blackwell Publishing: Oxford, UK.
- <sup>vii</sup> Internal Displacement Monitoring Centre. (2018). *Informe global sobre desplazamiento interno*.
- <sup>viii</sup> Muggah, R, et al. "The stunning scale of Latin America's migration crisis", *Americas Quarterly*, June 20 2018. <https://www.americasquarterly.org/content/stunning-scale-latin-americas-migration-crisis>
- <sup>ix</sup> ONUSIDA incluye 20 países en su definición de la región de Medio Oriente y África del Norte: Argelia, Bahrein, Egipto, Djibouti, Irán, Irak, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Qatar, Arabia Saudita, Somalia, Sudán, Siria, Túnez, Emiratos Árabes Unidos, y Yemen. Sin embargo, la ONU incluye a Bahrein, Irán, Irak, Jordania, Kuwait, Omán, Qatar y Arabia Saudita como parte de su región de Asia. La OMS ubica a Bahrein, Egipto, Irán, Irak, Marruecos y otros en su región del Mediterráneo oriental. Otras listas de países MENA incluyen a Israel, que la ONU y la OMS consideran como parte de sus regiones de Europa. Recientemente, el Fondo Monetario Internacional comenzó a hablar sobre MENAP (Medio Oriente, África del Norte, Afganistán y Pakistán), mientras que otros hablan ahora de MENAT, que es los países de MENA más Turquía.
- <sup>x</sup> ACNUR. (2016). Los refugiados homosexuales y transexuales buscan seguridad en el Medio Oriente. <http://www.unhcr.org/news/stories/2016/8/57ac32274/gay-transgender-refugees-seek-safety-middle-east.html>
- <sup>xi</sup> Como resultado de la descolonización de Indonesia y Surinam y de la entrada de muchos refugiados predominantemente mujeres en la Segunda Guerra Mundial, las mujeres representaron el 61% de los extranjeros nacidos en los Países Bajos en 1960. Indonesia continúa hoy como ejemplo de un país donde hay más mujeres que hombres. emigrando En Nepal, a principios de la década de 2000, el 70% de los residentes nacidos en el extranjero eran mujeres, como resultado de las prácticas matrimoniales y los movimientos de población en el sur de Asia. Donato, K. y Gabaccia, D. (2016). La feminización global de la migración: pasado, presente y futuro. Instituto de Política Migratoria, Estados Unidos.
- <sup>xii</sup> Gouws, A. (2007). *The feminization of migration*. <https://www.researchgate.net/publication/268056291>
- <sup>xiii</sup> Anteriormente, las mujeres se movían en gran parte como esposas, hijas u otros dependientes de hombres migrantes, viajaban juntas con ellas o se unían a ellas en el extranjero más tarde. Ahora hay nuevos avances nacionales e internacionales dirigidos específicamente a mujeres que producen un nuevo conjunto de dinámicas de movilidad humana. Paiewonsky, D. (2009). La feminización de la migración laboral internacional. República Dominicana: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para el avance de la Mujer.
- <sup>xiv</sup> Gokengin, D., et al. "HIV/AIDS: trends in the Middle East and North Africa region", *International Journal of Infectious Diseases*, 44, (2016), 66-73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26948920>
- <sup>xv</sup> Caritas internationalis. (2012). *The female face of migration: Background paper*.
- <sup>xvi</sup> Por ejemplo, un estudio en particular puede definir la movilidad como un movimiento que se produce dentro de un cierto período de tiempo (años específicos o tiempo), o en relación con quién estaba disponible cuando se realizó la investigación, o el número de veces que uno estuvo ausente de su hogar, específicamente para el riesgo de VIH, la movilidad también puede medirse en términos de distancia de los servicios de atención y tratamiento de VIH más cercanos. Las conclusiones o generalizaciones basadas en variaciones tan amplias en la definición producen conclusiones diferentes. Taylor, B, et al. "HIV care for geographically mobile populations", *Mount Sinai Journal of Medicine*, (2011). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100665/>

- 
- <sup>xvii</sup> El movimiento antiglobalización ha existido casi tanto como la globalización en sí, desde los días de los años ochenta. Sin embargo, el movimiento tuvo un importante relanzamiento con la crisis financiera mundial que comenzó en 2007; El consenso previo sobre el valor de la globalización se vio gravemente afectado. Levy, D, and Sznajder, N. "Sovereignty transformed: a sociology of human rights." *The British Journal of Sociology* (2006), Vol 57, Issue 4.
- <sup>xviii</sup> Nikil, S. "Globalisation: "The Rise and fall of an idea that swept the world". *The Guardian*, July 2017. <https://www.theguardian.com/world/2017/jul/14/globalisation-the-rise-and-fall-of-an-idea-that-swept-the-world>
- <sup>xix</sup> Ponthieu, A, and Incerti, A. "Continuity of care for migrant populations in Southern Africa", *Refugee Survey Quarterly*, (2011), 0, 1-18.
- <sup>xx</sup> Stop TB Partnership. (2016). *Key populations brief: Mobile populations*. [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_MobilePopulations\\_EN\\_G\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_MobilePopulations_EN_G_WEB.pdf)
- <sup>xxi</sup> ONUSIDA. (2017). Enfrentando la discriminación: Superando el estigma relacionado con el VIH en entornos de atención médica y más allá.
- <sup>xxii</sup> Algunas listas de países MENA incluirían todos estos países como parte de la región MENA: Irán, Irak, Somalia, Siria y Turquía.
- <sup>xxiii</sup> OMS. (2018). Estado de salud de los refugiados y migrantes en Turquía: una revisión de la evidencia de artículos científicos publicados.
- <sup>xxiv</sup> Grupo de trabajo ONUSIDA / OMS. (2010). Directrices para estimar el tamaño de las poblaciones con mayor riesgo de contraer el VIH.
- <sup>xxv</sup> D'Albis, H, Boubtane, E, and Coulibaly, D. "Macroeconomic evidence suggests that asylum seekers are not a 'burden' for Western European countries", *Science Advances*. NY: American Association for the Advancement of Science, 2017.
- <sup>xxvi</sup> Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Costo de la exclusión de la asistencia sanitaria: el caso de los migrantes en situación irregular. Austria: Agencia de Derechos Fundamentales, (2015), p. 3.
- <sup>xxvii</sup> Escudero D, et al. Abstract: "The need to improve HIV care for migrant populations in Botswana: addressing the unknowns", *The 22nd International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam.
- <sup>xxviii</sup> Guinto, R., et al. (2015). "Universal health coverage in 'One ASEAN': are migrants included?", *Global Health Action*, 8:1, 25749, DOI: 10.3402/gha.v8.25749. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v8.25749>
- <sup>xxix</sup> Virkud, A, et al. Abstract: "Use of HIV prevention services in the East-Africa Cross-Border Integrated Health Study, 2016", *The 22nd International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/gr-18-35>
- <sup>xxx</sup> Garfein, R.S., et al. Abstract: "Construyendo puentes, no muros: prevalencia y correlaciones de inyectar con residentes de los Estados Unidos entre personas que se inyectan drogas en Tijuana, México", La 22ª Conferencia Internacional sobre el SIDA, (2018), Ámsterdam.
- <sup>xxxi</sup> Del Amo, J, et al. Abstract: "HIV epidemics in migrants from Latin America and Caribbean in Europe are driven by MSM", *The 22nd International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam.
- <sup>xxxii</sup> Egan, J.E., et al. Abstract: "Migration and risk among gay, bisexual and other men who have sex with men in New York City", *The 22nd International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam.
- <sup>xxxiii</sup> CARAM Asia. (2014). Policy Brief – *The intersection between MSM and migration: Heightened vulnerability to HIV and sexual violence*.
- <sup>xxxiv</sup> Moriarty, K., et al. Abstract: "The paradox of migration: assessing protective and risk factors for HIV and STIs among transgender women in Lima, Peru", *The 22nd International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam.
- <sup>xxxv</sup> Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual. (2018). Documento informativo: Trabajadores sexuales migrantes. [http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/briefing\\_paper\\_migrant\\_sex\\_workers\\_nswp\\_-\\_2017.pdf](http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/briefing_paper_migrant_sex_workers_nswp_-_2017.pdf)
- <sup>xxxvi</sup> Ordek, K. (2017). *Syrians under "temporary protection" in Turkey and sex work*. Ankara: Red Umbrella.
- <sup>xxxvii</sup> El Fondo Mundial. (2016). La desafiante política de entornos operativos. [https://www.theglobalfund.org/media/4220/bm35\\_03-challengingoperatingenvironments\\_policy\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/4220/bm35_03-challengingoperatingenvironments_policy_en.pdf)
- <sup>xxxviii</sup> Fakoya, I, et al. "HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe", *Journal of the International AIDS Society*, 2018, 21(S4): e25123.

---

<sup>xxxix</sup>Pannetier, J, et al. “Timing of chronic hepatitis B diagnosis after migration and its determinants among Sub-Saharan African migrants living in France”, PLOS One, 12(12), e0189196.

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189196>

<sup>xi</sup> ONUSIDA. (2017). Eliminar la discriminación en el cuidado de la salud: un paso hacia la erradicación de la epidemia de SIDA

<sup>xii</sup> Un ejemplo reciente de un sitio web en varios idiomas de Alemania orientado a los migrantes:

<https://www.your-health.tips/>

<sup>xiii</sup> MSF. (2015). *Obstacle course to Europe: A policy-made humanitarian crisis at EU borders.*

[https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf\\_obstacle\\_course\\_to\\_europe\\_0.pdf](https://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_obstacle_course_to_europe_0.pdf)

<sup>xliii</sup> Biot, M. Slide presentation: “HIV services to migrants and refugees in different regions of Africa: Challenges and solutions”, *The 22<sup>nd</sup> International AIDS Conference*, (2018), Amsterdam.

<sup>xliii</sup> Kuruvilla, C. “Faith leaders say they are being targeted for leaving water to help migrants”,

*HuffPost*, August 9, 2018. [https://www.huffingtonpost.com/entry/faith-leaders-leave-water-migrants\\_us\\_5b68556ae4b0fd5c73dbd56f?guccounter1](https://www.huffingtonpost.com/entry/faith-leaders-leave-water-migrants_us_5b68556ae4b0fd5c73dbd56f?guccounter1)

<sup>xliii</sup> Hungarian Civil Liberties Union. (2018). *Operation starve and strangle: How the government uses the law to repress Hungary’s civic spirit.* <https://www.helsinki.hu/wp-content/uploads/OPERATION-STARVE-AND-STRANGLE-17022018.pdf>

<sup>xliii</sup> <https://www.queerrefugeeswelcome.de/>

<sup>xliii</sup> <http://welcomeicarea.org/>

<sup>xliii</sup> Cheng, IH, et al. (2018). *Una revisión rápida de la información basada en la evidencia, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas al abordar las necesidades de salud de los refugiados y migrantes: informe a la Organización Mundial de la Salud.*

[http://www.who.int/migrants/publications/partner-contribution\\_review.pdf?ua1](http://www.who.int/migrants/publications/partner-contribution_review.pdf?ua1)