

REPORT BY THE NGO REPRESENTATIVE

Documentos adicionales para este punto: ninguno

Acción requerida en esta reunión: se invita a la Junta Coordinadora del Programa a:

Vea las decisiones en los párrafos a continuación (PUNTOS DE DECISIÓN APROBADOS):

4.1 Recordando las decisiones de las reuniones previas de la Junta Coordinadora del Programa, mencionadas en el Informe de las ONG's (JCP (41) /ONUSIDA /17.18) y celebrando la próxima discusión en la 42ª reunión de la Junta Coordinadora del Programa sobre formas de supervisar el logro de los objetivos financieros de la Declaración Política de 2016 para acabar con el SIDA, incluyendo la proporción de servicios prestados mediante la expansión de la prestación de servicios dirigidos por la comunidad para cubrir al menos un 30% para 2030; y que la inversión en facilitadores sociales -incluyendo la promoción, la movilización política, el derecho y la reforma, los derechos humanos, la comunicación pública y la reducción del estigma- debería representar el 6% de las inversiones mundiales en SIDA;

4.2 *Toma nota* del informe;

4.3 Se solicita el apoyo continuo de ONUSIDA a los estados miembros, en colaboración con organizaciones comunitarias y la sociedad civil, en el monitoreo y reporte, incluso a través del sistema Global de Monitoreo del SIDA, sobre el progreso logrado en los objetivos Fast-Track, usando datos desglosados, en tanto sea factible, para no dejar a nadie atrás;

4.4 Se solicita a ONUSIDA y a los Estados miembros, en asociación con las organizaciones de la sociedad civil y todas las demás partes relevantes interesadas que:

a. Desarrollen y apliquen metodologías de recopilación de pruebas a nivel de país y con la participación de la comunidad, para identificar las barreras y medir el nivel y la calidad del acceso a los servicios para todas las poblaciones en riesgo, a fin de no dejar a nadie atrás;

b. Desarrollen métodos de evaluación de la participación de la comunidad en los países, de acuerdo con los principios básicos del Programa Conjunto y la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021;

4.5 Se solicita al Programa Conjunto que facilite las alianzas entre los Estados miembros y las organizaciones comunitarias para ayudar a garantizar la adopción de medidas eficaces para satisfacer las necesidades de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH a fin de no dejar a nadie atrás;

4.6 Se solicita, a la luz de estas decisiones, que ONUSIDA actualice el informe de Gap (Brechas) de 2014, en términos de respuesta al VIH y el SIDA, y que informe a la Junta Coordinadora del Programa.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN: PROPÓSITO Y CONTEXTO	4
METODOLOGÍA	5
Limitaciones del informe	5
Otras limitaciones.....	5
II. EL PANORAMA DEL “FAST-TRACK”: AVANCES REPORTADOS Y LA REALIDAD PARA LAS POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES ENFRENTADAS A SITUACIONES VULNERABLES	6
Estudio de caso 1. Hombres Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres en México: enfoque específico para aumentar las pruebas de VIH y el vínculo con la atención.....	9
Abandonados y dejados atrás: personas que son excesivamente vulnerables.....	10
El 10–10–10: Quiénes son los que quedan atrás?.....	11
Estudio de caso 2: Lesbianas, Gays, bisexuales y personas transgénero en Namibia - Llegando a las personas fuera de las principales ciudades y pueblos.....	13
III. SABEMOS POR QUÉ EXISTE LA VULNERABILIDAD EXTREMA Y DESPROPORCIONADA - AÚN SIGUE OCURRIENDO	14
Estudio de caso 3. Poblaciones clave en India - Fortaleciendo las voces de la comunidad y aumentando la visibilidad.....	16
IV. TRANSFORMANDO LA TENDENCIA: LO QUE PUEDE HACER ONUSIDA: ROLES Y RESPONSABILIDADES SUGERIDAS	17
Desafíos para la ONU.....	18
Instar a una mayor comprensión de la vulnerabilidad.....	19
Inclusión e interseccionalidad: el camino para terminar con la epidemia del SIDA.....	19
Atención renovada a los anteriores puntos de decisión	20
V. RECOMENDACIONES	22
ANEXO 1: QUIENES SON DESPROPORCIONADAMENTE VULNERABLES: DIVERSIDAD EN REGIONES Y GRUPOS	23
ANEXO 2: AGRADECIMIENTOS Y PARTICIPANTES	28
ANEXO 3: ABREVIATURAS	30

I. INTRODUCCIÓN: PROPÓSITO Y CONTEXTO

1. La delegación de las ONG's aporta al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA (ONUSIDA) y a la Junta Coordinadora del Programa (JCP), experiencias y perspectivas únicas de primera mano de las personas que viven con VIH, las poblaciones clave y las comunidades vulnerables. Cada año, desarrolla y presenta un informe que se centra en uno o más temas que se consideran de particular interés o urgencia para las comunidades afectadas, las organizaciones no gubernamentales (ONG'S) y otros grupos de la sociedad civil que trabajan entre, para y con la Delegación.
2. El informe de las ONG's del 2017; *"El ONUSIDA que necesitamos no debe dejar a nadie atrás: Llegar a cero nos incluye a todos, el 10-10-10"*, busca poner de relieve la inequidad y la negligencia que enfrentan las personas y comunidades que se ven desproporcionadamente afectadas por El VIH y durante mucho tiempo se han descuidado y, en algunos casos, ni siquiera se han reconocido dentro de las respuestas al VIH en varios niveles (local, nacional, regional o mundial). Las razones de la negligencia incluyen la falta de datos y otra información; barreras sociales, culturales, económicas, legales y políticas; y estigma y discriminación.
3. Las características de estos individuos y comunidades difieren según el contexto, pero en muchos lugares cubren distintas poblaciones, subpoblaciones y comunidades, como los pueblos indígenas, las mujeres transgénero, los Gays migrantes y hombres que tienen sexo con otros hombres. Las experiencias y las realidades que enfrentan los individuos de estos grupos en condiciones vulnerables similares, aumentan la posibilidad de que sigan siendo ignorados en las respuestas al VIH y de que los objetivos actuales de tratamiento 90-90-90 y la estrategia Fast-Track, nunca los alcancen y aborden sus necesidades cambiantes. Se están quedando atrás no por casualidad, sino por diseño.
4. Algunas poblaciones, subpoblaciones y comunidades enfrentan extrema negligencia y condiciones vulnerables debido al estigma, la legislación discriminatoria y las disparidades socioeconómicas. Esto los deja desproporcionadamente representados entre los "10-10-10". Esto incluye a los migrantes irregulares socialmente excluidos, las personas en la pobreza, los ancianos, niños de la calle y otros niños vulnerables, las personas en las cárceles y otras formas de encarcelamiento, los miembros étnicos de las poblaciones clave y los pueblos indígenas que usan drogas. Este informe tiene como objetivo destacar su existencia y experiencias, destacando la urgencia de poner fin a su aislamiento y exclusión de las respuestas al VIH y, más ampliamente, de la sociedad.
5. No responder a las necesidades de quienes se encuentran en las condiciones de vulnerabilidad más críticas, representaría un fracaso continuo desde las perspectivas de equidad, derechos humanos y salud pública, y en términos de respuesta a la epidemia. Este informe insta a mejores y más armonizados enfoques para continuar respaldando la participación de las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades en las respuestas al VIH, así como para identificar y alcanzar e incluir a

aquellos que han quedado atrás, con esfuerzos concertados hechos a medida de los diferentes contextos. La Delegación también considera que un impacto mejorado y sostenido requiere reconocer el carácter interconectado de estas múltiples vulnerabilidades. Esa comprensión necesita formar parte de las respuestas al VIH y mejorar el compromiso con las comunidades y las personas en estas poblaciones marginadas y subpoblaciones dentro de ellas.

METODOLOGÍA

6. El informe de las ONG's del 2017 dirigido a la JCP, resalta la desigualdad y negligencia experimentada por individuos y comunidades que se ven desproporcionadamente afectados por el VIH, y que siguen siendo descuidados o ignorados en diferentes niveles de las respuestas al VIH, por razones que incluyen falta de datos sobre ellos, y las barreras económicas, legales, sociales, culturales y políticas, así como el estigma y la discriminación. Al igual que en informes anteriores de la delegación de las ONG's, el informe actual fue conformado mediante entrevistas, discusiones de grupos focales y respuestas a encuestas en línea, que los miembros de la delegación de las ONG's realizaron en julio-agosto de 2017 (Anexo 1). Además, se realizó una revisión de la literatura relevante, incluidos documentos de investigación, informes y otros recursos de una variedad de organizaciones y sectores, incluidas agencias de las Naciones Unidas. Se preparó un cuestionario estandarizado en inglés y se tradujo al español y al ruso.
7. Casi 300 personas participaron en las consultas. La gran mayoría de las personas que fueron entrevistadas o que participaron en la discusión del grupo focal, provenían de comunidades y poblaciones clave que quedaron atrás. Sin embargo, algunos provenían de otros sectores, incluidos algunos de entidades multilaterales (como ONUSIDA y la OMS). La mayoría de los encuestados de la comunidad provenían de pequeñas Organizaciones locales de base comunitaria (OBCs), mientras que otros provenían de redes y organizaciones globales, regionales o nacionales más grandes.
8. El informe no pretende ser una revisión exhaustiva. Sin embargo, busca arrojar luz sobre las realidades de las comunidades que quedan atrás, así como contribuir a debates y estrategias, presentando diversos puntos de vista, experiencias, necesidades y demandas de las comunidades y las poblaciones clave afectadas que actualmente se quedan atrás.

Limitaciones del informe

9. Varias limitaciones deben tenerse en cuenta con respecto a las tres encuestas en línea:
 - Las versiones en línea estuvieron disponibles en inglés y español, y las preguntas de la entrevista se tradujeron al ruso únicamente. Esto puede haber disuadido la participación de personas que no tienen o que cuentan con habilidades limitadas en cualquiera de los dos idiomas o puede haber provocado respuestas básicas y breves debido a las barreras del idioma.
 - Varias respuestas originales de la encuesta (casi una quinta parte del total) estuvieron incompletas. Se consideraron inválidas y no se incluyeron en

ninguna revisión posterior. En comparación con las entrevistas, las encuestas en línea a menudo ofrecen información menos detallada y, en ocasiones, poco clara, debido a la falta de tiempo para el seguimiento y la clarificación.

Otras limitaciones

10. Algunos países y regiones estuvieron sobrerrepresentados en las respuestas. Por ejemplo, hubo cuatro discusiones de grupos focales realizadas en India, que cubrieron a más de 20 personas en general, y 16 entrevistas individuales con encuestados de Filipinas.
11. Varios encuestados de una sola organización o red también participaron ocasionalmente, ya sea a través de entrevistas o encuestas en línea. Esto produjo varias respuestas de duplicación, lo que puede haber sesgado parte de la información.
12. Muchas respuestas fueron auto-informadas y ninguna fue validada. Ninguna de la información obtenida de esta manera podría verificarse independientemente.

13. Debido a las limitaciones, el informe no representa los puntos de vista de la totalidad de la sociedad civil y las redes de poblaciones clave. No menciona, ni puede mencionar, ni considerar a todas las personas y comunidades que son desproporcionadamente vulnerables o se quedan atrás en las respuestas al VIH. Sin embargo, las aportaciones y el resumen proporcionan una aproximación importante de los problemas, ideas y preocupaciones de las personas y organizaciones que realizan un trabajo directo y crítico en defensa de la comunidad y la provisión de servicios y apoyo.

II. EL PANORAMA DEL “FAST-TRACK”: AVANCE REPORTADO Y LA REALIDAD PARA LAS POBLACIONES CLAVE Y OTRAS POBLACIONES ENFRENTADAS A SITUACIONES VULNERABLES

14. Ha habido un avance creciente en los últimos años al enfrentar la epidemia mundial de SIDA. Algunos de los éxitos más recientes han sido impulsados por la agenda acelerada (Fast-track) de ONUSIDA para acabar con el SIDA, que hace hincapié, entre otras cosas, en los objetivos 90-90-90 para 2020:

- Que el 90% de las personas (niños, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conozcan su estado de VIH;
- Que el 90% de las personas que conozcan su estado VIH positivo, accedan al tratamiento; y
- Que el 90% de las personas en tratamiento hayan suprimido las cargas virales.

15. Se destacaron aspectos importantes en; *“Acabar con el SIDA” ONUSIDA 2017: Informe de los avances hacia los objetivos 90-90-90 a mediados de 2017: “Los datos muestran que se ha logrado un progreso sustancial hacia los objetivos 90-90-90. En relación al VIH en 2016, más de dos tercios de las personas que viven con el VIH conocían su estado serológico. Entre los que conocían su estado serológico, el 77% [57-> 89%] tenían acceso a la terapia antirretroviral, y el 82% [60-> 89%] de las personas en tratamiento habían suprimido las cargas virales. En medio de este progreso, se alcanzó un hito importante en 2016: por primera vez, más de la mitad de las personas que viven con el VIH (53% [39-65%]) tenían acceso a la terapia antirretroviral.”*⁵

16. *El final del SIDA: El informe de los avances hacia los objetivos 90-90-90 también señaló que siete países ya habían alcanzado el tercer objetivo “90”, con respecto a la supresión viral, otros 11 estaban “cerca de este umbral”.*⁶ La mayoría de los 18 países tienen una carga de VIH relativamente baja. Sin embargo, dos de ellos, Botswana y Suazilandia, han tenido durante mucho tiempo una de las cargas más altas de VIH del mundo.⁷ Los hallazgos de un conjunto de encuestas, en curso, para evaluar el impacto del VIH (PHIA) en África subsahariana son igualmente optimistas, con investigadores declarando en septiembre de 2017 que otros cuatro países: Lesoto, Malawi, Zambia y Zimbabue estaban *“en camino de lograr el control de la epidemia para 2020, alcanzando los objetivos 90-90-90 y expandiendo la prevención del VIH.”*⁸

17. Aunque son alentadores, tales resultados no cuentan toda la historia, sin embargo. Otro estudio del progreso hacia los objetivos 90-90-90, ha instado a tener cuidado al interpretar los resultados. Señala que, aunque varios países han logrado los objetivos y otros están a punto de hacerlo, *"en muchos países una proporción significativa de las personas que viven con VIH, aún no han sido diagnosticadas y por lo tanto no pueden beneficiarse de la terapia contra el VIH"*. *"Más esfuerzos para llegar a estos individuos no diagnosticados."*⁹

18. Las observaciones de este tipo subrayan el hecho de que, aunque los objetivos 90-90-90 pueden ser una valiosa defensa y constituirse como objetivos programáticos, su consecución no debe interpretarse como una solución o control del VIH. El resto del camino para frenar verdaderamente el SIDA y llegar a los millones de personas que no tienen acceso a servicios de prevención, tratamiento o apoyo, será muy difícil. Esto se debe a que muchas de las brechas más importantes seguirán existiendo entre las poblaciones clave y otras poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, que siempre se han visto severamente afectadas por el VIH, pero que tienden a ser ignoradas en las respuestas al VIH.

Cuadro 1. Observación: factores detrás de los servicios limitados para las poblaciones clave

"Las condiciones económicas generales, están detrás del hecho de que los servicios de salud pública, incluidos los servicios de VIH, estén desapareciendo [...] En la región de Europa central y sudoriental, los servicios para las poblaciones clave se suplieron con dinero del Fondo Mundial, el cual ha abandonado la región, por esto los servicios colapsaron y desaparecieron en su mayoría."

- Entrevistado desde una plataforma global de recursos de una ONG

"Si no desglosamos las poblaciones clave por edad, los miembros adolescentes y jóvenes siempre se quedarán atrás, ya que no pueden acceder a los servicios debido a las barreras culturales, legales y socioeconómicas, como la edad de consentimiento o reconocimiento. Por ejemplo, las trabajadoras sexuales adolescentes y las jóvenes en las instituciones de educación superior, que siempre son objetivos para los ricos "sugar daddies" (sexo intergeneracional), sin embargo, estas adolescentes y mujeres jóvenes no son reconocidas como trabajadoras sexuales."

- Comentarista del grupo focal juvenil, Uganda

19. ONUSIDA define poblaciones clave como: *"personas que corren un mayor riesgo de contraer el VIH, debido a una combinación de razones epidemiológicas, económicas, legales, culturales y políticas"*. En la mayoría de los contextos, las poblaciones clave incluyen trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, personas transgénero, prisioneros, Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres. Los miembros de esas poblaciones y sus parejas sexuales, representaron el 45% de todas las nuevas infecciones por VIH en todo el mundo en 2015."¹⁰

20. Aunque esta definición destaca la vulnerabilidad de las poblaciones clave, continúa señalando que las poblaciones clave son "distintas de las poblaciones vulnerables, que están sujetas a presiones sociales o circunstancias sociales que pueden hacerlas más vulnerables a la exposición a infecciones, incluido el VIH". El concepto se desarrolla con mayor detalle en las Directrices de Terminología de ONUSIDA de 2015:

"La vulnerabilidad se refiere a las oportunidades desiguales, la exclusión social, el desempleo o el empleo precario (y otros factores sociales, culturales, políticos, legales y económicos) que hacen que una persona sea más susceptible a la infección del VIH y al desarrollo del SIDA. Los factores subyacentes a la vulnerabilidad pueden reducir la capacidad de las personas y las comunidades para evitar el riesgo de VIH y pueden estar fuera de su control. Estos factores pueden incluir: falta de los conocimientos y

habilidades necesarios para protegerse a uno mismo y a los demás; accesibilidad, calidad y cobertura limitada de servicios; factores sociales restrictivos, como las violaciones de los derechos humanos, las leyes punitivas o las normas sociales y culturales perjudiciales (incluidas las prácticas, las creencias y las leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones). Estos factores, solos o en combinación, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva frente al VIH.”

21. En muchos contextos, las mujeres y las niñas, así como las subpoblaciones entre ellas, son muy vulnerables. También lo es una amplia gama de otros grupos y comunidades que no se describen específicamente como poblaciones clave. (La Sección 3 de este documento los analiza en mayor detalle).

22. La urgencia de llegar a las poblaciones clave y vulnerables de manera más efectiva, es evidente en “Acabar con el SIDA” ONUSIDA 2017: Informe sobre los avances hacia los objetivos 90-90-90:¹¹

"Fuera del África subsahariana, las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron el 80% de las nuevas infecciones por VIH en 2015 [...] Incluso en el África subsahariana, las poblaciones clave y sus parejas sexuales son una parte importante de la epidemia de VIH: en 2015, el 25% de las nuevas infecciones ocurrieron en este grupo, lo que subraya la importancia de llegar a ellos con los servicios. A nivel mundial, los hombres Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, representaron el 12% de las nuevas infecciones en 2015, mientras que las trabajadoras sexuales y las personas que se inyectan drogas, representaron el 5% y el 8% de las nuevas infecciones, respectivamente. Además, los datos informados por los países de todo el mundo muestran que la prevalencia del VIH entre las poblaciones clave, a menudo es sustancialmente más alta que entre la población general."

23. Las poblaciones vulnerables siguen enfrentando desafíos en todo el espectro de tratamiento y prevención del VIH, incluso con respecto a la identificación de casos de VIH (por ejemplo, pruebas); conciencia y educación; vinculación y retención en la atención; y barreras legales, sociales, políticas y económicas. Muchas de estas poblaciones son rutinariamente estigmatizadas y discriminadas en entornos de atención médica, y enfrentan barreras adicionales porque son criminalizados. Sus derechos son frecuentemente violados y sus necesidades sociales y de salud no se suplen.
24. Estos desafíos se reflejan en datos y observaciones de larga data que muestran que, en comparación con la población general, los miembros de las poblaciones clave y vulnerables, tienen muchas más probabilidades de vivir con el VIH o de verse afectados por él. También es más probable que reciban servicios inadecuados o de mala calidad para el VIH y otros servicios de salud. La exclusión y el aislamiento pueden ser aún más extremos entre algunas subpoblaciones de poblaciones clave. Estos grupos son en su mayoría de contextos específicos e incluyen, por ejemplo, hombres jóvenes menores de 18 años que tienen relaciones sexuales con otros hombres y mujeres que se inyectan drogas.
25. Los siguientes ejemplos ilustran la vulnerabilidad desproporcionada y el impacto que tales grupos y comunidades experimentan en diferentes contextos:
- En un estudio entre 500 personas que se inyectan drogas en Bangkok, Tailandia, el 25% informó que evitaban los servicios de salud porque tenían miedo del

tratamiento obligatorio. La aceptación de los servicios de VIH para todos los participantes en la encuesta, fue baja. ¹²

- Los datos presentados como parte de la solicitud de fondos 2017 para VIH / TB por parte de Kenia al Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), mostraron una elevada prevalencia de VIH entre poblaciones clave: un 29% estimado entre trabajadoras sexuales, 18% entre gays y hombres que tienen sexo con otros hombres y 18% entre personas que se inyectan drogas, mientras que la prevalencia nacional de VIH se estimó en 5.6% .¹³
- A nivel mundial, la incidencia del VIH es 10 veces mayor entre las trabajadoras sexuales que entre la población femenina en general.¹⁴

26. El resultado es claro: a medida que los países amplían sus programas de VIH para alcanzar los objetivos del marco “Fast track”, es poco probable que logren resultados sólidos y sostenibles a menos que reconozcan y aborden las barreras y los desafíos que enfrentan las personas y poblaciones que se quedan atrás. Deben responder de manera que mejoren el acceso de estas personas y comunidades a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH basado en los derechos. Esto requerirá una respuesta al VIH que esté interrelacionada con otros sectores.

Cuadro 2. Ejemplo de impacto: fracaso de las respuestas al VIH para llegar a todos los necesitados

"Muchos países, incluido mi propio Kenia, no alcanzarán los objetivos de tratamiento 90-90-90 sin abordar el tema de la resistencia a los medicamentos contra el VIH, especialmente entre las personas del campo, cuyos servicios no son como los nuestros en las ciudades, donde hay centros de excelencia. La pobreza y las largas distancias recorridas siempre servirán para mantenerlos a raya en el VIH, ya que ni siquiera pueden acceder al monitoreo de la carga viral."

---Encuestado en línea, Kenia, sector de la comunidad

"Los matrimonios tempranos (adolescentes) para niñas llevan a la incapacidad de tener educación y, por ende, aprender más sobre la prevención del VIH y el sistema de atención. La deficiente prevención de la transmisión vertical entre las mujeres que usan drogas, reforzada por el estigma y la violencia, lleva al hecho de que tienen una tasa de transmisión vertical tres veces mayor."

---Entrevistada de Europa oriental y Asia central, sector de la comunidad

"Las mujeres que viven con y son vulnerables al VIH, en particular las mujeres de experiencia transgénero, ocupan espacios donde se cruzan los impactos del racismo, el patriarcado, la pobreza, el trauma y el VIH. ONUSIDA debe abordar de manera proactiva los efectos combinados de estos problemas, si están verdaderamente comprometidos a no dejar a ninguna población atrás en la respuesta al VIH."

---Naina Khanna, Directora Ejecutiva, Positive Women's Network, Oakland, Estados Unidos de América

Estudio de caso 1. Hombres Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres en México: enfoque específico para aumentar las pruebas de VIH y el vínculo con la atención

La epidemia de VIH en México está altamente concentrada entre las poblaciones clave, con los Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, como las poblaciones más afectadas. En estudios de 2014, hasta el 44% de los Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres resultaron ser VIH-positivos, y la mayor concentración de nuevas infecciones por VIH se ha producido entre hombres jóvenes de entre 15 y 29 años.¹⁵

Hay indicios de que la prevención del VIH entre Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, se está debilitando en algunos países. La ONG "Inspira Cambio" decidió en 2013 cambiar su estrategia de prevención del VIH y poner mayor énfasis en un mayor acceso a las pruebas de VIH. El programa de VIH de "Inspira Cambio" con Gays y

hombres que tienen sexo con otros hombres, se lanzó inicialmente en Ciudad de México, Saltillo, Hermosillo y Nogales, con fondos principalmente de gobiernos federales y locales. La estrategia tiene varios componentes:

- Aumentar la demanda y el acceso a las pruebas, incluso promoviendo pruebas rápidas de VIH y autodiagnóstico; detección de sífilis, hepatitis viral y herpes en centros comunitarios; promoviendo redes sociales; y trasladar los servicios a lugares donde las poblaciones meta tienen más probabilidades de congregarse;
- Proporcionar asesoramiento personalizado que respalde la vinculación con los servicios de salud;
- Instituir estándares que puedan garantizar que el vínculo sea un proceso personalizado que incluya ofrecer alternativas según los resultados de una prueba de VIH y las necesidades de cada persona;
- Colaboración continua con programas locales y nacionales de VIH, con el objetivo general de alcanzar acuerdos en beneficio de todos los HSH, sean cuales sean sus necesidades.

Desde su creación, el programa ha llegado a unos 7.000 hombres Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres. De ellos, 330 personas fueron recientemente diagnosticadas con VIH y remitidas a atención.

Abandonados y dejado atrás: personas que son excesivamente vulnerables

27. La mayoría de los consultados en este informe respondieron "no" o "algo" cuando se les preguntó si la definición de ONUSIDA de poblaciones clave abarcaba a todas las personas y poblaciones que sus organizaciones apoyaban. Esto sugiere que la definición actual no es adecuada en sus contextos, para sus familias, comunidades o clientes.
28. Para muchos encuestados, las brechas más importantes en las respuestas al VIH ocurren entre ciertas subpoblaciones y otros grupos que enfrentan vulnerabilidad desproporcionada y que están aislados social, económica, política o geográficamente. Como se indicó, tales individuos a menudo no se ajustan a las categorías especificadas en la definición de ONUSIDA. Algunos experimentan vulnerabilidades que no entran en la definición, mientras que otros tienen varias vulnerabilidades que afectan a una población clave específica.

Cuadro 3. Observación: Repensar lo que significa "no dejar a nadie atrás"

"La definición podría variar en diferentes contextos del país. A ese respecto, la definición de "no dejar a nadie atrás" debe abarcar todo. Un poco de atención adicional en los grupos que se registran como de mayor riesgo. Sin embargo, si nos alejamos de un cierto grupo demográfico, ese grupo demográfico podría crecer [...]. Hay mucho más respecto al VIH que el acceso a los medicamentos".

---Encuestado en línea, Asia-Pacífico, sector de la comunidad

"Los jóvenes menores de 35 años representan más del 65% de la población de África. Esto ofrece al continente una oportunidad única de aprovechar su desarrollo económico, social y político. Por eso, las adolescentes, las jóvenes y los jóvenes que representan el mayor porcentaje de nuevas infecciones por VIH en el África subsahariana, deberían ser una población clave independientemente de su origen, vida social, sexualidad, cultura, situación económica, filiación religiosa y educación".

---Encuestado en línea, Ruanda

"En mi informe, descubrí que identificar y conocer las epidemias ocultas y descartadas, como la nuestra, entre Gays negros, bisexuales negros y mujeres transgénero en todo Estados Unidos y especialmente en el sur de los EE. UU., Es imperativa y exige atención y recursos".

---Linda Villarosa, periodista y profesora, Universidad de Nueva York, Estados Unidos de América

29. Esto subraya la necesidad de aplicar la perspectiva de la interseccionalidad al concepto de "dejar atrás". Según una interpretación, *"reconocer la existencia de múltiples identidades que se interrelacionan, es un paso inicial para comprender las complejidades de las disparidades de salud para las poblaciones de múltiples grupos históricamente oprimidos"*.¹⁶ Por lo tanto, identificar y responder eficazmente al VIH y las necesidades más amplias de salud y desarrollo de quienes son desproporcionadamente vulnerables, requiere ver sus vidas como "atravesadas por diferentes ámbitos de experiencias".¹⁷
30. En la práctica, por ejemplo, esto significaría encontrar formas de apoyar y brindar atención y servicios a jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres, Gays afroamericanos, en zonas rurales del sur de los Estados Unidos, o a las trabajadoras sexuales indígenas que usan drogas en la India. Esto significa reconocer las devastadoras realidades sociales y de salud que sufren tales poblaciones: "El consumo de sustancias, particularmente el uso de drogas inyectadas, está fuertemente asociado con la infección por VIH, entre jóvenes indígenas en Canadá, donde a menudo están sobrerrepresentados entre jóvenes que se inyectan drogas en grandes centros urbanos".¹⁸ También significaría reconocer que muchas personas con múltiples vulnerabilidades y factores de riesgo, algunos asociados con su identidad de género o su orientación y expresión sexual, pueden encontrar que sus necesidades no son reconocidas y atendidas. Por ejemplo, una trabajadora sexual transgénero puede encontrar que los servicios orientados a las trabajadoras sexuales no coinciden con sus realidades y necesidades. Interconectar las identidades, por lo tanto, puede profundizar la marginación.
31. Estas poblaciones y subpoblaciones difieren, al igual que sus necesidades y las razones por las que tienden a "desaparecer" en las respuestas al VIH. También están vinculadas en muchos aspectos y tienden a soportar grandes cargas sanitarias y sociales. Sin embargo, a menudo son ignoradas o descuidadas en los programas de VIH y salud.
32. La reducción de la vulnerabilidad de tales individuos y comunidades -y el aumento de la equidad- solo se puede lograr a través del acceso universal a la salud y una mayor cobertura de servicios que llegue a las personas que están ocultas dentro de la definición actual y más amplia de poblaciones clave. Esto puede llevarnos más allá de la visión limitada de 90-90-90 hacia el objetivo del 100% de cobertura.

El 10–10–10: Quiénes son los que quedan atrás?

33. Junto con el creciente protagonismo de los objetivos 90-90-90 y el esfuerzo para alcanzarlos, existe un reconocimiento creciente de la necesidad de un énfasis adecuado en la prevención y en la cobertura universal para cada población, comunidad e individuo. ¿Es concebible que los países puedan alcanzar los objetivos 90-90-90 mientras dejan atrás (sub) poblaciones o comunidades enteras?

"La vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales que las hace proclives a quedarse atrás, depende del contexto (marcos legales, políticas existentes contra la prostitución y contra la trata de personas, estrategias de implementación, etc.) y varía en toda la región europea. Los trabajadores sexuales masculinos y trans, son particularmente invisibles en Asia oriental y central. En Europa Central y Occidental, [se trata] de trabajadoras sexuales migrantes indocumentadas. En general, las trabajadoras sexuales que usan drogas son más vulnerables en todos los entornos".
---Red de población clave en Europa

34. Se deben tener en cuenta dos puntos importantes. El primero se refiere a la cobertura inadecuada de los servicios entre las poblaciones clave "clásicas": Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, personas transgénero, etc. Debido a leyes punitivas, el estigma y otros factores, los programas no llegan a estas poblaciones a pesar de que los programas pueden estar sirviendo a la sociedad en general. El segundo problema es la renuencia o incapacidad de los gobiernos para dar los pasos necesarios para llegar a estas poblaciones con los servicios que necesitan:

"El uso de drogas y el trabajo sexual aún están penalizados, por lo que el contexto legal y los presupuestos están completamente abandonados. Las actitudes de los proveedores de servicios de salud son muy discriminatorias y estigmatizantes contra las poblaciones clave. Hay una falta general de información sobre el tratamiento y hay mucha desinformación sobre el tratamiento, incluidos los efectos secundarios, etc., que causa resistencia al acceso al tratamiento." - Red internacional que trabaja en la región de Europa oriental y Asia central.

35. El Anexo 1 contiene información sobre individuos, poblaciones, subpoblaciones y comunidades que los consultados identificaron como ignorados, muy vulnerables y abandonados en su propio contexto. El Anexo destaca la importancia de la interseccionalidad y el contexto, en relación con la vulnerabilidad al VIH y el "dejar atrás". Las respuestas de cada región y agrupación apuntan a dos patrones importantes: la evidencia de interseccionalidad entre varias poblaciones y subpoblaciones (por ejemplo, trabajadoras sexuales que usan drogas), y la frecuente omisión en -las definiciones de poblaciones clave de-; migrantes, pueblos indígenas, personas que viven en las áreas rurales y las personas que viven en la pobreza, que cubren a cientos de millones de personas en todo el mundo.
36. Casi la mitad de los encuestados mencionó a los migrantes, y utilizó el término para referirse a las personas que migran dentro de los países o más allá de las fronteras del país, y a las personas involucradas en la migración regular e irregular. La migración crea o aumenta la vulnerabilidad de las personas, debido a los obstáculos estructurales que enfrentan para acceder a los servicios de VIH, y el estigma y la discriminación que experimentan en los entornos de atención médica. Esta vulnerabilidad se agrava en el caso de los migrantes indocumentados que tienen que sobrevivir fuera del "sistema" y que tienen acceso limitado o nulo a los servicios formales. La falta de datos sobre subpoblaciones dentro de las poblaciones migrantes se ha observado en publicaciones académicas.¹⁹
37. Los subconjuntos de migrantes mencionados en situaciones vulnerables al VIH, en una variedad de contextos diferentes, incluyeron; trabajadoras sexuales migrantes (hombres, mujeres y transexuales) y migrantes hombres solteros (según varios encuestados de la India).
38. Varios encuestados mencionaron pueblos indígenas. El término tiene diferentes definiciones, pero generalmente se refiere a minorías tribales (por ejemplo, en India) y grupos que eran nativos de una región o país antes de la llegada de un grupo o grupos diferentes, que luego se convirtieron en dominantes política, social, económica y culturalmente. Los pueblos indígenas a menudo están cultural y socialmente marginados, y sus visiones específicas del mundo y sus sistemas sociales rara vez se reconocen en las estrategias y compromisos del sector salud. Sus circunstancias específicas pueden dificultar el desarrollo y la implementación de programas que satisfagan sus necesidades. La respuesta predeterminada en algunos países es la negligencia o "el discurso usual".
39. Un estudio de 2015 observó la desproporcionada vulnerabilidad del VIH experimentada por los pueblos indígenas en Canadá, por ejemplo: "Los pueblos indígenas representan el 4.3% de la población canadiense y representan el 12.2% de las nuevas infecciones por VIH y el 18.8% de casos reportados de SIDA en 2011 [...] Y en Canadá, la tasa de diagnóstico de VIH de los pueblos indígenas por cada 100.000 es de 179.2, en comparación con 29.2 entre las personas no indígenas,"²⁰

40. También se mencionaron con frecuencia en las respuestas, las personas jóvenes, por lo general en términos generales, aunque a veces más específicamente, como "los jóvenes de las poblaciones afectadas":

"Las trabajadoras sexuales también están excluidas -principalmente por razones legales- de la planificación de los programas dirigidos a trabajadoras sexuales [...] migrantes y trabajadoras sexuales jóvenes: ausencia completa de servicios adecuados o reconocimiento político en documentos / estrategias [...] es difícil trabajar sobre el cambio legal cuando usted mismo es criminalizado y estigmatizado ". - Red de poblaciones clave en Europa

41. Los hallazgos descritos en el Anexo 1 también muestran las prioridades de los encuestados con respecto a otras formas de interseccionalidad. Muchos mencionaron la falta de vivienda o una variación (por ejemplo, niños de la calle), y personas que viven con discapacidades, personas que están encarceladas y personas coinfectadas con TB. Varios encuestados también se identificaron como grupos vulnerables y comunidades que comúnmente no se consideran en relación con el VIH, como líderes religiosos, ganaderos nómadas, personas con discapacidades mentales e "hispanos hispano-monolingües" (de un encuestado norteamericano). Estas contribuciones únicas proporcionan una prueba más de la diversidad de la vulnerabilidad al VIH y las realidades de los encuestados en todo el mundo.

Estudio de caso 2: Lesbianas, Gays, bisexuales y personas transgénero en Namibia - Llegar a las personas más allá de las principales ciudades y pueblos

Al expandir sus servicios fuera de la capital de Namibia y las ciudades costeras, "Out-Right Namibia" ha podido encontrar, documentar y ofrecer servicios a las víctimas de prejuicios homofóbicos y malos tratos. Esto ha sido difícil debido al territorio grande pero escasamente poblado de Namibia, lo que hace que trabajar fuera de la capital sea costoso (especialmente con los recursos para grupos de la sociedad civil, que han disminuido después de que Namibia fue clasificada como un país de "ingreso medio-alto"). Los esfuerzos ambiciosos de Namibia son importantes porque muchas de las personas que más necesitan ayuda de la organización, viven en ciudades rurales o periurbanas más pequeñas.

La expansión de "Out-Right Namibia" con su proyecto de documentación de derechos humanos a ciudades y pueblos más pequeños, ha confirmado la falta de provisión de servicios fuera de los principales centros urbanos, para lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero. La historia personal de Andreas, que se relata a continuación, subraya la vulnerabilidad y la invisibilidad, en la zona rural de Namibia, de los Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres.

Andreas [como seudónimo] es un hombre de 18 años que se prepara para sus exámenes escolares finales. Se identifica como un hombre gay y ha "salido" de casa, con su madre y sus hermanos ahora conscientes de su orientación sexual. Andreas inicialmente vivía en un albergue porque tenía que asistir a la escuela secundaria en otra ciudad. Él quiere continuar para obtener un título universitario. Sin embargo, no fue fácil ser gay y vivir en un albergue escolar.

Cuando "Out-Right Namibia" se puso en contacto con Andreas a través de su coordinador regional de la comunidad, él había sido expulsado del albergue y se le negó una nueva residencia después de regresar tarde de una visita a su madre un fin de semana. Su madre hizo los arreglos para que él viviera con su tía, quien no era tan abierta de mente acerca de su orientación sexual como su madre. Pronto quedó claro que sería inviable para él permanecer en la casa de su tía.

Ante la opción de renunciar a sus exámenes de finalización de estudios secundarios, Andreas y su madre contactaron a "Out-Right Namibia". La organización había iniciado recientemente un servicio que rastrea, documenta y responde a las violaciones de los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales en el sur de África, a través de un proyecto regional del Fondo Mundial conocido como "ReACT Out-Right Namibia" se logró ayudar a Andreas, al organizarle un alojamiento adecuado para que pudiera completar sus exámenes y, con suerte, aprobar las pruebas de ingreso a la universidad.

III. SABEMOS POR QUÉ EXISTE LA EXTREMA Y DESPROPORCIONADA VULNERABILIDAD - AÚN CONTINÚA OCURRIENDO

42. ¿Por qué se "dejan atrás" grupos o poblaciones? Las respuestas varían, pero hay muchos temas en común, incluido el estigma y la discriminación social, cultural, económica, política y legal; violaciones de derechos humanos; y pobreza. Muchos encuestados también se refirieron a la "ideología conservadora", ya sea a través de la sociedad como un todo o prevaleciendo en algunos gobiernos, y movimientos religiosos fundamentalistas, etc.
43. También se citaron otras razones, incluidas las siguientes:
- Falta de estrategias específicas o de apoyo para involucrar a la (s) población (es)
 - Falta de apoyo para las respuestas impulsadas por la población, que adoptan un enfoque de "nada sobre nosotros sin nosotros", incluido el principio de Mayor Participación de las Personas que Viven con SIDA (GIPA, por sus siglas en inglés);
 - Ignorancia deliberada sobre la (s) población (es) por parte de los gobiernos y / u otros proveedores de servicios y asistencia, por ejemplo, al no incluirlos en estrategias o programas nacionales, debido al estigma, las barreras culturales y económicas y los obstáculos legales como la criminalización de las poblaciones clave, la criminalización del VIH u otra legislación que discrimine a las personas que viven con el VIH y otras poblaciones clave;
 - Falta deliberada o inadvertida de priorización por parte de los ejecutores del programa y otros proveedores de servicios con respecto al VIH y cuestiones más amplias de salud y desarrollo;
 - Falta de voluntad política para apoyar a dicha (s) población (es);
 - Falta de fondos para las organizaciones comunitarias que trabajan con las poblaciones más vulnerables; e
 - Influencia negativa de algunos grupos religiosos (un factor mencionado frecuentemente por los entrevistados en español y los encuestados en línea).
44. Además, algunos de los encuestados mencionaron
- Crisis políticas y económicas que han resultado en una reducción del apoyo a los servicios socioeconómicos de salud (como la situación en Brasil en los últimos años);
 - La falta de materiales específicos de información, educación y comunicación sobre el VIH; y
 - Normas sociales y de género.

45. Los grupos también se quedan atrás debido a la falta de datos para muchos grupos de personas que son desproporcionadamente vulnerables al VIH. Se sabe muy poco acerca de cuántas personas están en riesgo, por qué están en riesgo, y cómo esas barreras se pueden superar de manera más efectiva. Los datos que existen a menudo no están desglosados (por ejemplo, por edad, sexo o tipo de vulnerabilidad específica) y, por lo tanto, son de uso limitado para el diseño de intervenciones y programas específicos. Como lo planteó un encuestado de la región de Asia y el Pacífico: "*Si no desglosamos las poblaciones clave por edad, las poblaciones clave adolescentes y jóvenes siempre se quedarán atrás, ya que no siempre pueden acceder a los servicios disponibles para las poblaciones clave debido a impedimentos legales y culturales*". Otro encuestado de la misma región notó la falta de reconocimiento de ciertos grupos: "Por ejemplo, [con el] IHBSS²¹ aquí en Filipinas, los cuestionarios demográficos están limitados para identificar si los encuestados son trabajadores sexuales, HSH (Hombres que tiene Sexo con otros Hombres), y / o UDI (Usuarios de Drogas Inyectables)."
46. Los desafíos en materia de datos a menudo están vinculados con otras brechas que ayudan a explicar por qué las personas más vulnerables son dejadas de lado en las respuestas al VIH. Un encuestado en línea de América Latina y el Caribe resumió algunas de esas dificultades: "*Existen políticas nacionales y planes estratégicos con objetivos limitados, metas e indicadores para estas poblaciones. En consecuencia, no hay un presupuesto para la implementación de actividades [...] ni hay acciones coordinadas entre los programas de VIH y las instituciones que tienen acceso a otras poblaciones vulnerables, como migrantes o indígenas*". Otro encuestado del sector comunitario, de América del Norte, destacó la falta de compromiso: "*Dejar atrás*" suena como si fuera por error. Ni siquiera están en la línea de partida. Ni siquiera vamos a verlos para hablar con ellos."

47. Los encuestados estuvieron de acuerdo en que sea cual sea el contexto, llegar a las poblaciones y brindarles apoyo con servicios específicos y adecuados para el VIH, es esencial para una respuesta exitosa, sustentable y basada en los derechos. Muchos también destacaron la necesidad de reformas o nuevos desarrollos de manera más amplia a través de una gama de habilitadores críticos. Se prestó especial atención, en casi todos los contextos, a los derechos humanos y la reforma legal, incluida la legalización del trabajo sexual, la despenalización de las relaciones entre personas del mismo sexo, la eliminación de restricciones al acceso a la terapia de sustitución de opioides, la mutilación genital femenina y la violencia de género, y proporcionar educación sexual integral, especialmente para adolescentes y jóvenes.

Cuadro 4. Alcanzar a los "que quedan atrás": Diferentes barreras en diferentes contextos

"Las deficiencias no satisfechas en los servicios incluyen: negación de los derechos a la salud, por tanto [ellos] pueden que no tengan acceso a médicos, tratamiento, servicios de salud culturalmente seguros, servicios [...] prestados en los idiomas apropiados, [o] información que se les presenta en una forma en que puedan entenderla. Cuando se violan los derechos o cuando las leyes punitivas se aplican a una persona sin estatus legal, tienen acceso a un abogado, pero su seguridad podría verse comprometida y podrían ser detenidos ".

-Encuestado en línea de América del Norte, sector de la comunidad

"En Rusia, solo un puñado de los grupos clave y los subgrupos [...] están cubiertos por las respuestas [...] al VIH. (No existen métodos de prevención reconocidos internacionalmente para alcanzar a todos los grupos de población clave en Rusia; reducción de daños, trabajo de extensión, intercambio de agujas y jeringas, terapia de sustitución de opiáceos, etc.) ".

-Entrevistado de Europa del Este y Asia Central, sector de la comunidad

"Los niños de 6-14 años se olvidan y quedan atrás. Hay proyectos para (E) PMTCT, vacunas para menores de 5 años y luego entre 6 y 14 años, a nadie le importan y le damos énfasis a los modos sexuales [...] debemos invertir en programas escolares para alcanzarlos y programas comunitarios que están orientados a las vacunas contra el VPH y a la detección del cáncer integrado con el VIH. Además, debemos hacer hincapié no solo en las niñas y las jóvenes, sino también en los niños y los jóvenes ".

- Encuestado en línea de Zimbabue

"La influencia política y el dominio del pensamiento abolicionista sobre el trabajo sexual, ha significado políticas y programas que se están desarrollando y fondos que no están basados en los derechos y por lo tanto perpetúan el estigma hacia las trabajadoras sexuales. Esto disuade a las trabajadoras sexuales de acceder a los servicios y, por lo tanto, las trabajadoras sexuales, en general, se quedan atrás ".

-Entrevistado de Europa del Este y Asia Central, sector de la comunidad

"La actual ley filipina sobre el SIDA permite que los jóvenes menores de 18 años accedan a pruebas de VIH y otros servicios relacionados, solo cuando se presenta el consentimiento de los padres o tutores, dificultando el acceso de los miembros de YKP [poblaciones clave de jóvenes] a los servicios relacionados con el VIH".

-Participante del grupo focal de Asia-Pacífico, sector de la comunidad

"Los problemas reales no están siendo abordados, como la pobreza; barreras para acceder a los servicios; violencia; sistemas débiles; servicios inadecuados, etc."

-Entrevistado de América Latina y el Caribe, sector comunitario

"Uganda no puede alcanzar esos objetivos de tratamiento 90-90-90 sin abordar la cuestión de la resistencia a los medicamentos contra el VIH. Mi centro de tratamiento solo tiene 380 personas que están fallando en la segunda línea, sin embargo, no hay alternativas de tercera línea.

- Participante del grupo focal, Uganda

"En Jamaica y el Caribe [...] los problemas de la pobreza y la violencia de género y la violencia contra los niños, incluido el abuso infantil; el estigma y la discriminación afectan la intervención en el VIH y contribuyen a que las personas se queden atrás en la respuesta "

-Entrevistado de América Latina y el Caribe, sector de la sociedad civil

"Dirigirse a las poblaciones que probablemente serán ignoradas por los gobiernos en los objetivos de tratamiento 90-90-90, invertir en iniciativas inclusivas dirigidas por la comunidad, canalizar los recursos donde más se necesitan, simplificar los documentos técnicos para la comprensión de las comunidades y los gobiernos para mejorar los entornos legales, reorientar el compromiso de las comunidades de PVVIH, interrogar nuevas infecciones en los jóvenes en general "

- Participante del grupo focal, AmSHER, Sudáfrica

"Es difícil hacer intervenciones con menores, aunque tengan una vida sexual activa. Existen desafíos para acceder al TAR u otras cuestiones [...] Muchas trabajadoras sexuales son extranjeras y el trabajo sexual es la única opción. Pero muchos de ellos viven en la calle y hay poca conexión con los servicios de apoyo "

-Encuestado en línea de América Latina y el Caribe, sector comunitario

Estudio de caso 3. Poblaciones clave en India - Fortaleciendo las voces de la comunidad y aumentando la visibilidad

La Organización Nacional de Control del SIDA de la India no ha tenido mucho éxito en llegar a ciertas poblaciones clave y vulnerables, como los Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero e “hijras”. Entre las razones se encuentran; la falta de comprensión y los programas que responden a la comunidad, y la falta de confianza en las organizaciones comunitarias.

En respuesta, las comunidades y poblaciones clave decidieron actuar. Un ejemplo fue Pehchan, un proyecto de 5 años (2010-2015) financiado por el Fondo Mundial para; capacitar, abogar por cambios de políticas para reducir las barreras al acceso a servicios, mitigar la violencia, proporcionar servicios específicos a la comunidad y fortalecer las intervenciones para grupos vulnerables en 18 estados de la India. La Alianza India contra el VIH / SIDA implementó el programa en asociación con cuatro socios de la sociedad civil con parentesco con las comunidades objetivo. Pehchan también llevó a cabo el fortalecimiento de los sistemas comunitarios mediante el uso de los siguientes enfoques;

- Consultas comunitarias para informar el diseño, planificación, implementación, monitoreo, diseminación y evaluación de impacto del programa.
- Fortalecimiento comunitario, que incluyó capacitaciones para Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, transexuales y miembros de la comunidad hijra, en temas tales como sexualidad, género e identidad; sexo seguro; los derechos humanos y las leyes relacionadas con la homosexualidad; preparación comunitaria y más.
- Movilización a través de eventos de incidencia para aumentar la visibilidad y crear plataformas para el empoderamiento. Por ejemplo, las reuniones nacionales y estatales de hijras se celebraban anualmente para debatir y promover cambios deseables en las políticas.
- Gobernanza comunitaria, que hizo hincapié en los acuerdos que comparten la propiedad con los miembros electos de la comunidad, que no formaban parte del personal del programa. Esto ayudó a promover el liderazgo dentro de las comunidades y aseguró que se diseñen e implementen servicios de calidad.

- Empleos en puestos clave para Gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero e hijras. Esto se logró atrayendo al 90% del personal de Pehchan, de comunidades que tradicionalmente estaban subempleadas debido al estigma, la discriminación y la falta de oportunidades. Casi 1,900 miembros del personal de la comunidad, capacitados bajo Pehchan ahora tienen habilidades para contribuir al futuro trabajo del Programa Nacional de Control del SIDA.

Pehchan ayudó a fortalecer 200 OBC's (Organizaciones de base Comunitaria) y llegó a más de 450,000 miembros de las tres poblaciones prioritarias durante sus cinco años de existencia. De ellos, más de 230,000 personas se hicieron una prueba de VIH y recibieron sus resultados, y casi 2,000 personas fueron conectadas con centros de tratamiento e iniciaron la terapia antirretroviral. Por primera vez, las parejas femeninas de los miembros de la comunidad fueron remitidas de manera confidencial a servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Además, las estrategias de movilización de la comunidad fortalecidas, los eventos y las iniciativas de defensa condujeron a estimaciones de tamaño más precisas de las comunidades. Después de Pehchan, las estimaciones del Programa Nacional de Control del SIDA para Gays en riesgo y hombres que tienen sexo con otros hombres, personas transgénero e hijra, casi se duplicaron (a 450,000) lo que resultó en un mayor número de intervenciones y la expansión de servicios de salud en distritos en lugares remotos.

IV. TRANSFORMANDO LA TENDENCIA: LO QUE PUEDE HACER ONUSIDA: ROLES Y RESPONSABILIDADES SUGERIDAS

48. El cuestionario de consulta estandarizado incluía una subsección sobre ONUSIDA, con algunas preguntas centradas en las funciones y responsabilidades de ONUSIDA y la forma en que pueden mejorarse. Las discusiones de los grupos focales y las entrevistas individuales también obtuvieron evaluaciones y sugerencias.
49. La mayoría de las respuestas reconocieron la importancia y el valor adicional del trabajo de ONUSIDA. El valor agregado incluyó soporte técnico, especialmente para información estratégica y capacitaciones. ONUSIDA ha sido eficaz, por ejemplo, en el apoyo a las comunidades transgénero y el proyecto de ley sobre el VIH en la India, así como en la investigación vital sobre el VIH en Uganda. ONUSIDA ha producido y proporcionado consistentemente materiales de alta calidad para ayudar a los socios a responder de manera efectiva a la epidemia. También se vio que apoya las alianzas, por ejemplo, el desarrollo de la propuesta de Grupos Religiosos en Jamaica, una importante asociación con organizaciones basadas en la fe y otras para crear conciencia sobre la epidemia. El trabajo de ONUSIDA también se reconoce en África, por proporcionar apoyo para el fortalecimiento de sistemas comunitarios y reunir organizaciones religiosas.

50. ONUSIDA ha utilizado su poder de convocatoria para actuar como un puente entre las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos, atrayéndolos hacia el diálogo y la colaboración. Sin embargo, los encuestados en algunos países de altos ingresos, como el Reino Unido y los Estados Unidos de América, comentaron que las acciones de ONUSIDA no eran visibles. Los encuestados también señalaron que las oficinas en los países no eran muy funcionales en algunos países de Europa oriental y Asia central (con Ucrania como excepción) y no respondían adecuadamente a las necesidades de las comunidades. Según un encuestado de una red internacional de Europa, *ONUSIDA debería "llamar la atención sobre los problemas regionales de Europa oriental y Asia central, especialmente los problemas relacionados con la reducción de daños". ONUSIDA debería hacer la lucha política y diplomática en la región, para la región*.

Desafíos para la ONU

51. Hubo muchas respuestas que destacaron problemas generales con el ONUSIDA actual. En general, los encuestados de Asia-Pacífico, así como de Europa oriental y Asia central, fueron los más insistentes y específicos en este sentido. Por ejemplo, algunos encuestados de la región sugirieron que ONUSIDA suele ser excesivamente cauteloso cuando rechaza las políticas gubernamentales perjudiciales y no aboga más enérgicamente por enfoques basados en pruebas, como la despenalización o la reducción de daños. Los encuestados también mencionaron que se ha realizado un buen trabajo, pero existe una gran brecha en la comunicación entre las oficinas de las Naciones Unidas, las comunidades y sus representantes. A veces también hay un desajuste entre las prioridades y las formas estratégicas de trabajo. En algunos países, los organismos de las Naciones Unidas son los receptores principales de los recursos del Fondo Mundial, lo que algunos encuestados consideraron inaceptable, ya que esto ha generado algunas tensiones entre el Programa Conjunto y las comunidades. Un líder de la comunidad de Asia-Pacífico señaló que *"ONUSIDA compite con redes y ONG's cuando comienzan a implementar programas de prestación de servicios en terreno, en lugar de apoyar a la sociedad civil y las comunidades para su propia defensa"*.
52. Otro encuestado expresó que ONUSIDA respondía principalmente al "cuadro epidemiológico y no a los determinantes sociales ni a la sostenibilidad" de la respuesta. Hay muchos grupos que parecen no saber mucho sobre ONUSIDA. Por ejemplo, un grupo de hombres transgénero entrevistados en India no había oído hablar de ONUSIDA; un grupo de personas de la sociedad civil entrevistadas en el Reino Unido informaron que conocían a ONUSIDA a distancia, y una persona entrevistada en Alemania informó haber tenido conocimiento de ONUSIDA solo como entidad regional. Estos individuos y grupos comunitarios tampoco fueron alcanzados por los programas de VIH.
53. Otro conjunto de comentarios se refirió a lo que podría denominarse la rigidez de ONUSIDA y la falta de flexibilidad en la forma en que mide y evalúa las respuestas y el progreso del VIH, especialmente a nivel de país. Este enfoque a veces se considera problemático ya que no permite flexibilidad o amplitud en términos de lo que ONUSIDA considera "éxitos". El comentario de un encuestado en línea de Asia-Pacífico, fue revelador: *"ONUSIDA se centra en números absolutos, en lugar de diseccionar la información estratégica para ver la política - por ejemplo, cómo las poblaciones clave se están quedando atrás, cuando decimos que estamos haciendo un trabajo excelente y mirando cifras que muestran caídas nacionales globales en nuevas infecciones"*.

Solicitar una mayor comprensión de la vulnerabilidad

54. *"Por nuestra parte, trabajamos y nos identificamos con el concepto de vulnerabilidad para las poblaciones clave, que va más allá de la noción de riesgo. Las estrategias deben estar dirigidas a la reducción de vulnerabilidades. Bajo este concepto vemos con importante el trabajo con migrantes y otras poblaciones; residentes rurales, pueblos indígenas, [personas] coinfectadas con VIH y tuberculosis".* – Encuestado en línea de América Latina y el Caribe, sector comunitario.
55. A partir de las encuestas y entrevistas, también fue evidente que parece haber tensión en muchos países (como lo mencionaron los participantes en las entrevistas de África y Asia-Pacífico) entre ONUSIDA y los Copatrocinadores. Se consideró que la tensión es consecuencia de una agenda en competencia entre el gobierno, la comunidad y los copatrocinadores, que lleva a la reducción de la credibilidad y al cuestionamiento de la autoridad técnica.

Inclusión e interseccionalidad: el camino para terminar con la epidemia del SIDA

56. Varias sugerencias vinieron de la comunidad, la sociedad civil y las partes interesadas sobre cómo y dónde ONUSIDA debe centrar su atención para garantizar que nadie quede atrás, incluidos los que actualmente están siendo dejados de lado por la respuesta mundial al SIDA. Como organización vital que lidera y supervisa la respuesta y el ecosistema global del VIH, ONUSIDA desempeña un papel muy importante en la promoción política. A través de su diplomacia y poder de convocatoria, ONUSIDA puede asumir la responsabilidad de trabajar con los gobiernos para ayudarlos y alentar el desarrollo de respuestas nacionales y locales al VIH, incluida, y especialmente, la reforma legal y de políticas. ONUSIDA también puede trabajar con gobiernos nacionales y varias oficinas, departamentos y ministerios (educación, bienestar social, finanzas, desarrollo económico, etc.) y otras agencias relevantes para integrar el VIH en sus respectivos programas y servicios.
57. Existen algunas áreas críticas en las que ONUSIDA debe volver a centrar su enfoque de inmediato para garantizar una respuesta mundial mejorada, más inclusiva y más eficiente. Un papel importante que ONUSIDA siempre ha desempeñado, aunque puede mejorar, es el de un mediador o coordinador entre las poblaciones clave o comunidades y gobiernos. Esto es particularmente crucial en situaciones que requieren atención urgente: por ejemplo, la "guerra contra las drogas" en Filipinas y la emergencia sanitaria en curso en Venezuela. Sin una comprensión total de la importancia de poner a las comunidades y la sociedad civil en el centro de la respuesta local y nacional al VIH, ONUSIDA y los gobiernos no podrán abordar las necesidades de las poblaciones olvidadas y las que quedan atrás.

58. Los encuestados también consideraron que ONUSIDA necesita escuchar más de cerca e involucrar a las poblaciones clave, en toda su diversidad, de manera más significativa. ONUSIDA debería revisar y considerar fusionar las prioridades de las Naciones Unidas con las prioridades de las comunidades. Lo anterior, se consideró como un importante paso siguiente, para que ONUSIDA sea más inclusivo de los diferentes segmentos de comunidades y no solo de las comunidades que tradicionalmente conocemos. También tiene que trabajar para amplificar las voces de las comunidades brindando apoyo técnico y financiero. Como dijo una organización comunitaria que trabaja sobre el VIH en Europa: *"La definición de poblaciones clave debería incluir a migrantes y poblaciones clave entre los migrantes, por ejemplo, hombres que tienen sexo con otros hombres y hombres Gays migrantes, jóvenes migrantes, migrantes indocumentados, etc."*
59. ONUSIDA debe aclarar su papel de "intermediario honesto" en las relaciones bilaterales y de otros donantes en el país, para garantizar que nadie quede rezagado, y debe "demostrar que puede agregar valor". Al ser participantes activos en los Mecanismos de Coordinación de País, los procesos de la COP PEPFAR y otros mecanismos de los donantes, ONUSIDA puede garantizar una distribución más equitativa de los recursos, en particular para las organizaciones y redes de poblaciones clave y las ONG's.
60. Algunos de los comentarios de las entrevistas apuntan a una clara manera de avanzar:
- *"Ayudar a las comunidades a abogar por una transición fluida de los donantes a fondos estatales, así como a los cambios legislativos necesarios"*. (Entrevistado de Europa oriental y Asia central, sector comunitario)
 - *"[Proporcionar] más apoyo a las organizaciones de poblaciones clave y no solo a aquellas bajo su definición, sino también a nivel nacional, como mujeres, niñas y mujeres en circunstancias difíciles"*. (Entrevistado de América Latina y el Caribe, sector de la comunidad)
 - *"ONUSIDA se encuentra en una posición única para intervenir en las barreras legales y reglamentarias de acceso. Deberían liderarlas. Ayudar a los gobiernos a asignar mejor sus presupuestos de acuerdo con sus epidemias"*. (Entrevistado de Europa, sector de la comunidad de migrantes)
 - *"Proporcionar asistencia técnica para capacitar a las comunidades sobre cómo comprender y apreciar los datos"*. (Entrevistado de Asia-Pacífico, sector de la comunidad)
 - *"Llamar la atención sobre los problemas regionales de Europa oriental y Asia central, especialmente los problemas relacionados con la reducción de daños. ONUSIDA debe hacer la lucha política y diplomática en la región para la región"*. (Entrevistado por una organización internacional de la sociedad civil que trabaja en la región de Europa oriental y Asia central)

61. Es necesario mejorar la gobernanza del Equipo conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA a nivel de país para proporcionar flexibilidades que puedan permitirle prestar más atención a las poblaciones que han quedado atrás. A la Delegación de las ONG's le preocupa que cualquier reducción de la importancia de ONUSIDA pueda llevar a una menor concentración en el VIH. Para evitar ese resultado, la sociedad civil, las comunidades y ONUSIDA deben trabajar juntos de una manera constructiva. Apoyar a la sociedad civil para participar en las revisiones anuales conjuntas, las juntas de socios de desarrollo del SIDA, así como el apoyo conjunto de la ONU para los comités de coordinación de los programas nacionales de SIDA, podría ser una forma de involucrar a los actores importantes de la comunidad y a las poblaciones clave, para garantizar que nadie quede detrás.

Renovación de la atención a los puntos de decisión anteriores

62. Varios puntos de decisión de la JCP presentados por la Delegación de las ONG's en informes recientes de la JCP, son muy relevantes y están estrechamente relacionados con el tema y el énfasis del informe de 2017. En opinión de la Delegación, un factor clave que falta en la evaluación del objetivo y las respuestas, es la falta de seguimiento por parte de ONUSIDA en algunos de los puntos críticos de decisión de la JCP. Se necesitan esfuerzos más amplios y consistentes para tomar medidas centradas en los puntos de decisión, para abordar con éxito los desafíos identificados y para garantizar que el progreso hacia los objetivos 90-90-90 tenga en cuenta a todas las poblaciones desproporcionadamente afectadas.

63. Entre los puntos de decisión relevantes se encuentran los siguientes, con énfasis agregado en cursiva:

- a. ONUSIDA / JCP (39) /16.23
Fecha de emisión: 11 de noviembre de 2016

Reconoce que para agilizar la respuesta al SIDA y aprovechar su potencial para acabar con el SIDA, las organizaciones y redes comunitarias requieren recursos financieros suficientes y que ONUSIDA estima que los fondos para la movilización comunitaria se triplicarán entre 2016 y 2020; la proporción de servicios entregados a través de canales comunitarios debería aumentar al 30% para 2030; y la inversión en facilitadores sociales -incluidas la promoción, la movilización política, la ley y la reforma, los derechos humanos, la comunicación pública y la reducción del estigma- deberían representar el 6% de las inversiones mundiales en SIDA.

- b. ONUSIDA / JCP (33) /13.16
Fecha de emisión: 6 de diciembre de 2013

Llamamiento a ONUSIDA, copatrocinadores y socios, como una cuestión de prioridad urgente

Recordando la 26ª JCP, punto 2 del orden del día: Garantizar la no discriminación en las respuestas al VIH; Puntos de decisión: 7.3; 7.4; 7.5; 7.6 y 7.7a;

Recordando la 30ª JCP: Segmento temático sobre no discriminación: Punto de decisión: 6.1a; solicita a ONUSIDA y a los Estados Miembros que informen en la 35ª JCP sobre medidas concretas (incluido el apoyo para fortalecer la capacidad nacional, los fondos desembolsados, el desarrollo de datos, investigación y evidencia, fortalecimiento de entornos propicios, incluida la reforma de leyes y políticas punitivas) programas para reducir el estigma y la discriminación contra las poblaciones clave (incluidas las personas transgénero), a una escala suficiente para mejorar la vida de las personas con riesgo de infección y las personas que viven con el VIH.

64. Estos puntos de decisión están destinados a generar una mayor atención y recursos para las poblaciones clave y vulnerables, su desigual acceso al tratamiento, la prevención y el apoyo relacionados con el VIH. Han pasado cuatro años desde que el informe 2013 de la Delegación de las ONG's²² advirtió que "sin una acción concertada y un cambio significativo, las últimas iniciativas y nuevas oportunidades corren el riesgo de exacerbar, en lugar de resolver, el 'déficit de equidad' que afecta negativamente a estas poblaciones. Se necesita una acción más sólida y coherente para abordar los déficits relacionados con los datos, el financiamiento, los derechos, la capacidad y el apoyo técnico.

65. La Delegación ha expresado regularmente su sentido de urgencia sobre las disparidades de datos y las responsabilidades de ONUSIDA, como el suministro de información estratégica y pruebas a todos los actores, incluida la sociedad civil y las comunidades que viven con la epidemia y más afectadas por la epidemia. El siguiente pasaje se extrae de un documento publicado en abril de 2017, *El ONUSIDA que necesitamos: Diez mensajes clave de la sociedad civil y las comunidades para el Panel de Revisión Global*.²³

"ONUSIDA necesita adoptar plenamente la revolución mundial de datos para la respuesta al VIH y utilizar mejor las fuentes de datos no tradicionales; proporcionando datos de una manera más oportuna; y compartiéndolos de forma más abierta y distribuirlos ampliamente, incluyendo a la sociedad civil. En particular, ONUSIDA también debe garantizar el desglose de datos en función de la edad, raza, educación, identidad de género, orientación sexual, ubicación geográfica y otros, para orientar los programas y las inversiones de los programas, y para orientar mejor a los más necesitados. Las intervenciones con un enfoque láser en las ubicaciones y las poblaciones tendrán un mayor impacto y catalizarán la innovación para las personas que más lo necesitan, asegurando que nadie se quede atrás".

V. RECOMENDACIONES

66. El Informe de las ONG's indica que se necesita un mayor control del cumplimiento respecto al VIH, la no discriminación y derechos humanos firmados por los Estados Miembros, especialmente en el contexto de la Agenda 2030, que se compromete a no dejar a nadie atrás. Reconociendo el papel de las comunidades para llegar a las poblaciones rezagadas y reconociendo la necesidad de fortalecer la participación de las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y todas las poblaciones, en el diseño y la implementación de respuestas al SIDA, en todos los niveles; reconociendo que se necesita más información sobre las personas y comunidades que se quedan atrás, a medida que los países escalan para alcanzar los objetivos 90-90-90, así como sobre la vulnerabilidad, la estigmatización y las barreras legales, sociales, políticas, de salud y de otro tipo; Reconociendo que las intervenciones estrechamente enfocadas producirán el mayor impacto y catalizarán la innovación para las personas que más lo necesitan, asegurando que nadie se quede atrás.

El Informe de las ONG's introduce las siguientes sugerencias para los puntos de decisión:

67. Recordando las decisiones de reuniones anteriores de la JCP²⁴ y acogiendo la próxima discusión en la 42^a reunión de la JCP sobre; formas de supervisar el logro de los objetivos financieros de la Declaración Política de 2016 para Terminar con el SIDA, incluyendo *la proporción de servicios entregados a través de canales comunitarios que debería aumentar al 30% para 2030; y la inversión en habilitadores sociales -incluida la promoción, la movilización política, la ley y la reforma, los derechos humanos, la comunicación pública y la reducción del estigma- debería representar el 6% de las inversiones mundiales en SIDA.*

68. Toma nota del informe.

69. Solicitar a ONUSIDA que apoye a los Estados Miembros, en colaboración con las organizaciones comunitarias y la sociedad civil, para monitorear e informar los avances logrados en los objetivos acelerados desglosados²⁵ de las poblaciones clave, por edad y género, incluso a través del Monitoreo Global del SIDA.

70. Solicitar a ONUSIDA y a los Estados Miembros en asociación con organizaciones de la sociedad civil, que desarrollen e implementen metodologías comunitarias participativas de recolección de evidencia para identificar barreras y medir el nivel y la calidad del acceso a servicios para las "poblaciones rezagadas", que pueden o no pueden ser subconjuntos de las poblaciones claves tradicionales²⁶ como, entre otras, comunidades indígenas, personas que viven con VIH, migrantes, tanto regulares como irregulares, y otras poblaciones móviles.

71. Pedir a ONUSIDA que presente una actualización del *informe sobre las brechas* 2014, que aborde las necesidades y prioridades de las poblaciones identificadas como abandonadas en la respuesta actual e informe a la 43ª JCP.
72. Solicitar al Programa Conjunto que facilite las asociaciones entre los Estados Miembros y las organizaciones comunitarias para ayudar a garantizar medidas efectivas, con el fin de satisfacer las necesidades tanto de prevención como de tratamiento de las comunidades, en particular para las "poblaciones rezagadas".
73. Solicitar al Programa Conjunto que desarrolle, implemente y controle, en asociación con las comunidades, una estrategia de participación comunitaria estandarizada con indicadores alineados con el UBRAF (El Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas) y datos desglosados²⁷ para ayudar a garantizar acciones efectivas para satisfacer sus necesidades de prevención y tratamiento del VIH.

[Fin del documento]

ANEXO 1: QUIENES SON DESPROPORCIONADAMENTE VULNERABLES: DIVERSIDAD EN LAS REGIONES Y GRUPOS

El siguiente cuadro refleja una amplia gama de respuestas textuales a dos preguntas del cuestionario que solicitaba información sobre quiénes deberían considerarse desproporcionadamente vulnerables y, por lo tanto, "dejados atrás" o "abandonados" en las respuestas al VIH. Las respuestas se agrupan en nueve categorías, principalmente por regiones globales. (La India es una categoría separada debido a la gran cantidad de respuestas del país). El aporte ilustra la naturaleza específica del contexto del problema y la variedad de puntos de vista.

Las aportaciones no están necesariamente respaldadas con datos, y no enumeran todas las poblaciones, subpoblaciones y comunidades que son desproporcionadamente vulnerables al VIH en todos los contextos. Sin embargo, las observaciones tienen valor, ya que provienen de personas que trabajan y viven en comunidades donde tienen un conocimiento detallado de las vulnerabilidades y experiencias relacionadas con el VIH.

Latino América y el Caribe
<ul style="list-style-type: none">• Poblaciones indígenas• Mujeres y niñas indígenas• Mujeres y niñas de ascendencia africana• Personas transgénero indígenas• Residentes rurales• Mujeres en áreas rurales• Trabajadores agrícolas• Poblaciones móviles (nómadas)• Migrantes• Trabajadoras sexuales migrantes• Parejas femeninas de hombres que emigran• Minorías étnicas• Mujeres y niñas jóvenes• Gente joven• Mujeres en situaciones difíciles• Mujeres en situaciones de violencia• Mujeres víctimas de violencia• Amas de casa• Gays y HSH de clase media y de ingresos altos• Gays, HSH y trabajadores sexuales pobres y de clase trabajadora• Jóvenes Gays, HSH y trabajadores sexuales. Hombres Gays adolescentes, otros Gays y HSH.• Gays y HSH mayores.• Parejas femeninas de Gays y HSH.• Hombres que reciben servicios sexuales.• Jóvenes lesbianas, Gays, bisexuales, transgénero e intersexuales que son acosados• Lesbianas, Gays, bisexuales, transgénero e intersexuales que viven en áreas rurales

- Lesbianas, Gays, bisexuales, transgénero e intersexuales "privadas de libertad"
- Mujeres lesbianas y bisexuales
- Hombres y adolescentes bisexuales
- Jóvenes lesbianas
- Trabajadores sexuales masculinos
- Trabajadores sexuales masculinos heterosexuales
- Trabajadoras sexuales adolescentes
- Trabajadores sexuales de minorías étnicas
- Mujeres transgénero trabajadoras sexuales
- Personas transgénero
- Mujeres transgénero
- Hombres transgénero
- Mujeres y niñas que usan drogas
- Usuarios de drogas que no se inyectan drogas
- Gente sin hogar
- Personas coinfectadas con TB, hepatitis
- Jóvenes infectados verticalmente con VIH
- Personas que intentan reintegrarse a la sociedad en situaciones posteriores a un conflicto
- Gente recluida
- Personas mayores de 50 años
- Personas con discapacidades
- Jóvenes con discapacidades
- Población de personas transgénero encarceladas
- Gays y HSH en relaciones discordantes.
- Gays y HSH con discapacidades.

India	
<ul style="list-style-type: none"> • Poblaciones tribales • Agricultores • Residentes de áreas rurales y montañosas • Pacientes con tuberculosis • Parejas de personas que viven con VIH • Personas coinfectadas con VIH y TB • Adolescentes • Poblaciones clave en entornos en línea • Personas con conductas y estilo de vida de riesgo. • Personas que son invisibles pero que son de alto riesgo • Cónyuges de PVVS • Jóvenes que viven con y están afectados por el VIH • Niños viviendo con VIH • Huérfanos y niños vulnerables • Poblaciones transgénero • Mujeres transgénero • Hombres transgénero • Mujeres transgénero en áreas rurales • “hijra” • Migrantes • Trabajadores migrantes • Migrantes varones solteros 	<ul style="list-style-type: none"> • Amas de casa de trabajadores migrantes • Conductores de camiones • Jóvenes trabajadoras sexuales • Trabajadoras sexuales, Gays y HSH que no están en "sitios tradicionales" • Trabajadoras sexuales que usan drogas (pero no se inyectan drogas) • Compañeros regulares de trabajadoras sexuales • Trabajadores sexuales de minorías étnicas • Jóvenes que usan drogas • Mujeres y niñas que usan drogas • Esposas de personas que usan drogas • Cónyuges de Gays casados y HSH • Gays y HSH de estratos socioeconómicos más bajos. • Gente muy pobre • Compañeros de hombres Gays y HSH y personas transgénero • Mujeres que se inyectan drogas • Reclusos, en particular personas que usan drogas, mujeres, jóvenes y personas transgénero • Hombres gay adolescentes • Gente sin hogar

Asia-Pacífico y Oceanía (excluida la India)	
<ul style="list-style-type: none"> • Las poblaciones clave de jóvenes menores de 18 años • Jóvenes fuera de la escuela • Niños menores de edad y jóvenes sexualmente activos - Miembros de pandillas y clanes • Los trabajadores migrantes • Familias de trabajadores migrantes • Trabajadores migrantes en la industria pesquera • Trabajadores sexuales que son migrantes • Gente de mar (marineros, navegantes) • Hijos de padres que viven con VIH • Gente sin hogar • Trabajadoras sexuales independientes • Gente con discapacidades • Gente indígena • Pueblos indígenas que viven en contextos colonizados • Gente con discapacidades • Gays musulmanes y HSH que viven en países de mayoría musulmana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres embarazadas • Hombres Gays y HSH que usan drogas recreativas • Parejas de personas que viven con VIH • Personas coinfectadas con TB y / o hepatitis C • Niños y adolescentes • Presos • Miembros de la familia que conviven con la carga de los afectados por el VIH • Personas que viven en áreas rurales • Mujeres y niñas amas de casa • Trabajadoras sexuales fuera del lugar • Trabajadores sexuales masculinos • Mujeres que usan drogas inyectables • Gays y HSH ciudadanos • Gays y HSH que se identifican como "heterosexuales" • Adolescentes • Comunidad transgénero

África oriental y meridional	
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes • Migrantes en centros de detención de inmigrantes • Poblaciones desplazadas internamente • Mujeres jóvenes y adolescentes • Servicios uniformados (por ejemplo, los militares) • Viudas • Viudas en áreas rurales • Poblaciones clave en áreas rurales • Poblaciones clave jóvenes • Gente sin hogar • Huérfanos y cuidadores • Niños de la calle • Jóvenes trabajadores sexuales menores de 18 años que son considerados como niños por ley • Gente que vive en la pobreza, barrios marginales. • Personas que viven con discapacidades. • Personas coinfectadas con TB y / o hepatitis. • Personas con enfermedades mentales. • Personas con comorbilidades. • Hombres “Boda boda”²⁸ • Pescadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Conductores de camiones • Conductores de larga distancia • Estudiantes en niveles superiores de aprendizaje • Trabajadores de la salud • Hijos de trabajadoras sexuales • Ganaderos nómadas • Menores • Personas con enfermedades mentales • Las personas que abusan del alcohol • Personas mayores que viven con VIH • Personas intersexuales y otras personas no conformes con el género • Parejas serodiscordantes • Trabajadoras sexuales adolescentes • Jóvenes que se inyectan drogas • Ancianos que cuidan a los huérfanos • Niños de escuela • Niños en explotación sexual • Adolescente lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intersexuales. • Adolescentes en barrios marginales
África occidental y central	
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes • Pescadores migrantes, comerciantes, transportadores • Inmigrantes o refugiados ocultos • Poblaciones rurales • Habitantes de barrios marginales • Habitantes de barrios marginales urbanos • Mendigos con discapacidades • Huérfanos y niños vulnerables 	<ul style="list-style-type: none"> • Niños de la calle / sin hogar • Gays y HSH jóvenes • Trabajadores sexuales masculinos • Trabajadoras sexuales adolescentes • Madres adolescentes • Mujeres que se inyectan drogas • Trabajadores sexuales de alto perfil • Niños de 6 a 14 años

Europa del Este y Asia Central	
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes • Esposas de migrantes • Personas desplazadas internamente • Compañeros sexuales de personas que usan drogas • Chicas jóvenes secuestradas como novias • Mujeres y niñas en áreas rurales • Mujeres y niñas • Juventud • Chicas • Personas con discapacidades mentales • Personas transgénero • Mujeres transgénero • Personas transgénero de color • Jóvenes transexuales • Personas transgénero que usan drogas y alcohol • Niños de la calle 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con coinfecciones • Mujeres que usan drogas • Gays y HSH que usan drogas • Gays y HSH mayores • Gays y HSH jóvenes • Gays y HSH que tienen problemas de salud mental • Gays y HSH que tienen problemas de abuso de sustancias • Hombres Gays y HSH desempleados • Gays y HSH que provienen de pueblos pequeños y áreas rurales • Gays y HSH migrantes • Gays y HSH que son residentes extranjeros • Miembros romaníes de poblaciones clave • Adolescentes y mujeres afectadas por conflictos militares • Personal militar y sus parejas

Europa Occidental	
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes y otras poblaciones móviles • Migrantes indocumentados • Gays y HSH • Hombres que son migrantes • Personas trans migrantes • Residentes de áreas rurales • Gente sin hogar • Gente joven • Personas que viven en la pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> • Poblaciones Trans • Trabajadores sexuales Trans • Personas que viven con hepatitis C • Personas sordas • Hombres usuarios de drogas que tienen sexo por dinero • “Chemsexers” (es decir, personas que tienen relaciones sexuales bajo la influencia de drogas como la metanfetamina)

Norte América	
<ul style="list-style-type: none"> • Personas que viven en áreas rurales • Personas que viven en el sur rural de los EE. UU. • Comunidades indígenas en áreas rurales • Gente indígena • Migrantes • Trabajadores migrantes del Caribe y América Latina • Inmigrantes • Inmigrantes indocumentados • Recién llegados, incluidos inmigrantes, refugiados y personas sin estatus legal • Estudiantes extranjeros que no tienen cobertura de seguro de salud adecuada • Mujer • Poblaciones clave con problemas de salud mental • Poblaciones "racializadas" como africanos, caribeños y negros, asiáticos occidentales • Jóvenes / adolescentes • Trabajadores sexuales • Las personas que se inyectan drogas • Poblaciones transgénero • Estudiantes de intercambio 	<ul style="list-style-type: none"> • Presos • Hombres Gays negros y latinos (de 18 a 29 años) • Gays latinos y HSH (de 18 a 30 años) • Gays y HSH negros, especialmente los que viven en el sur de los EE. UU. • Adolescentes y HSH afroamericanos gay • Hispanos hispano-monolingües • Población hispana / latina • Población afroamericana • Mujeres afroamericanas y latinas en general • Personas que viven con VIH y que están envejeciendo • Personas mayores de 50 • Hombres y mujeres heterosexuales • Gente con discapacidades • Personas con problemas de uso de sustancias • Gente de color en las poblaciones clave • Personas que viven en la pobreza • Personas con educación inadecuada • Personas que viven en comunidades estigmatizadas • Familiares de personas que viven con VIH • No hablantes de inglés • Personas que no tienen seguro médico

Encuestados de redes / organizaciones globales	
<ul style="list-style-type: none"> • Migrantes / poblaciones móviles • Gays y HSH migrantes • Mujeres migrantes que participan en el trabajo sexual • Jóvenes migrantes • Migrantes indocumentados • Trabajadoras sexuales migrantes indocumentadas en Europa central y occidental • Juventud, especialmente en poblaciones clave • Trabajadoras sexuales que son miembros de otras poblaciones clave o que tienen vulnerabilidades más altas (por ejemplo, debido a ser madre soltera, migrante, trans, etc.) • Mujeres trans • Trabajadores sexuales masculinos y trans • Trabajadoras sexuales que usan drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gente sin hogar • Gente indígena • Personas que viven en entornos complejos (entornos humanitarios), incluidos migrantes, refugiados, personas que viven en zonas de guerra y mujeres y niñas que viven en ciertas regiones • Residentes de áreas con sistemas de salud débiles • Personas mayores de 50 años • Poblaciones en crisis • Personas que usan drogas en las prisiones • Adolescentes de poblaciones clave • Jóvenes no conformes con el género • Latinas y latinos que son Gays o bisexuales

ANEXO 2: AGRADECIMIENTOS Y PARTICIPANTES

La delegación de las ONG's ante la JCP, extiende su agradecimiento y aprecio a todas las personas y organizaciones que contribuyeron con su tiempo, experiencia y puntos de vista en este informe. Incluidos los 171 encuestados en la encuesta en línea, así como a los participantes de las entrevistas y las discusiones de los grupos focales que se detallan a continuación:

Entrevistas y discusiones de grupos focales

- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Junelyn R Tabelin, Coordinadora del proyecto, Filipinas
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Jay Arian C Caparida, Coordinador del proyecto, Filipinas
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Leslie Arididon-Tolentino, Coordinadora del proyecto, Filipinas
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Florence J. Mira, Oficial de movilización social, Filipinas
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Jetro Calaycay, Personal del proyecto, Filipinas
- Action for Health Initiatives (ACHIEVE), Inc., Easter Sunshine Cathedral, Agente de defensa, Filipinas
- Action for Health Initiative (ACHIEVE), Inc., Anónimo, responsable de medios y comunicaciones
- AFEW International, Anke van Dam, Director ejecutivo, Países Bajos
- Africa Advocacy Foundation, Denis Onyango, Director de programas, Reino Unido
- Hombres africanos por la salud y los derechos sexuales [AMShER], cinco encuestados anónimos, Sudáfrica
- Organización benéfica de Ucrania "Legalife-Ucrania", Ucrania
- Alianza contra el SIDA (ya no activa), Rodel Pereira, Director ejecutivo, Belice
- Alliance Global, Ucrania
- Fundación Andrey Rylkov para la Salud y la Justicia Social, Federación de Rusia
- Asociación canadiense de personas que usan drogas y "Stella" por y para trabajadoras sexuales, Alexandra de Kiewit, Canadá
- Red de personas positivas de Canadá, Christian Hui, Cofundador, Canadá
- Red de colaboración de personas que viven con el VIH (CNET +), Lizet Aldana, Coordinadora del programa, Belice
- Comité para el Tratamiento Accesible del SIDA, Anónimo, Canadá
- Persona que vive con VIH, Anónima, India
- Epidemiólogo, Organización de la sociedad civil, Tayikistán
- Red de mujeres eurasiáticas sobre el SIDA, Ucrania
- Fidokor (ICSO), Dos encuestados anónimos, Tayikistán
- Foro de personas que consumen drogas, Federación de Rusia

- Gestos - VIH, Comunicación y género, Anónimo, Brasil
- Red estatal de personas que viven con el VIH en Gujarat, Anónimo, India
- Guyana Trans United, Devanand Milton, presidente, Guyana
- Comité Internacional sobre los Derechos del Trabajador Sexual en Europa (ICRSE), Luka Stevenson, Reino Unido
- HPLGBT, Ucrania
- Alianzas internacionales para el VIH, ReShape, Red de países con escasa prevalencia del VIH en el centro y sudeste de Europa, Ben Collins, director (IHP), Reino Unido
- Comité Directivo del Consejo de Iglesias / Grupos Religiosos de Jamaica, Canon Garth Minott, Coordinador del programa, Jamaica
- KIYANKA +, Ucrania
- MadhyaPradesh Red de personas que viven con VIH, Anónimo, India
- Red de Mujeres Positivas de Mizoram, Anónimo, India

- Molodezhnyi vzglyad, Tayikistán
- Coalición nacional de personas que viven con el VIH en la India, Anónimo, India
- Red de personas de Maharashtra que viven con VIH, Anónimo, India
- Peer to Peer Uganda, Nakamate Irene, Oficial de monitoreo y evaluación, Uganda
- Red de Mujeres Positivas, Anónimas, India
- Rokhi Zindagi, Organización de la sociedad civil, Tayikistán
- Red de Defensa de los Derechos de los Trabajadores Sexuales en Europa Central y Oriental y Asia Central (SWAN), Stasa Plecas, Director ejecutivo, Hungría
- Snid-Dopomoga (Agencia social), Ucrania
- Red tayika de mujeres que viven con el VIH, Tayikistán
- TWEET TG, Diez encuestados anónimos, India
- Uganda Red de jóvenes que viven con VIH, Niwagaba Nicholas, director del programa, Uganda
- Uganda Youth Coalition on Adolescent Sexual Reproductive Health Rights and HIV, Allen Kyendikuwa, Programas principales, Uganda
- Red de personas que viven con VIH de UttarPradesh, Anónimo, India
- Vincy CHAP: San Vicente y las Granadinas, Caribbean HIV AIDS Partnership, La Fayette Johnson, Miembro, San Vicente y las Granadinas
- Red de organizaciones de mujeres para la defensa de los derechos humanos, Diana Natukunda, Responsable de promoción y comunicación, Uganda

Otros

- Seis encuestados de América del Norte de los siguientes tipos de organizaciones: farmacias comunitarias, centros de investigación académica, centros de salud comunitarios, organizaciones de servicios para el SIDA y compañías farmacéuticas;
- Tres encuestados de organizaciones internacionales en Asia-Pacífico;
- Seis encuestados de India que son representantes de ONG's que trabajan con trabajadoras sexuales; grupos de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales; personas que se inyectan drogas; jóvenes afectados y viviendo con VIH; y personas que viven con VIH. Algunos de ellos también trabajan en alfabetización legal y derechos humanos (Raman Chawla, activista de la sociedad civil, Nueva Delhi, Dr. Sundar Sundararaman, activista de la sociedad civil, Chennai, Mona Mishra, activista de la sociedad civil, Nueva Delhi, Sanghamitra Iyengar, Samraksha, Bangalore; Shyamla Natraj, SIAAP, Chennai; Dr. Ashok Rau, Freedom Foundation, Bangalore).

ANEXO 3: ABREVIATURAS

SIDA	Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
TAR	Terapia Antirretroviral
OBC	Organización de base comunitaria
Fondo Mundial	Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ONG	Organización No Gubernamental
JCP	Junta Coordinadora del Programa
PHIA	Evaluación del impacto del VIH en la población
UBRAF	El Marco Unificado de Presupuesto, Resultados y Rendición de Cuentas
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud

REFERENCIAS

1 La 38.^a JCP, PD (Puntos de Decisión) 5.2, 6.2 (b), 6.4 y la 39.^a JCP PD 8.1; y la Declaración política de 2016 sobre el VIH y el SIDA, párrafos 63 (a) - (e), que reconoce el mandato de ONUSIDA para rendir cuentas ante la sociedad civil y las comunidades; y recordando la JCP (39) de ONUSIDA /16.23, que reconoce que la financiación para la movilización comunitaria debería triplicarse desde 2016 hasta 2020 y que la proporción de servicios prestados a través de canales comunitarios debería aumentar al 30% para 2030; y la inversión en habilitadores sociales -incluida la promoción, la movilización política, la ley y la reforma, los derechos humanos, la comunicación pública y la reducción del estigma- debería representar el 6% de las inversiones mundiales en SIDA.

2 ONUSIDA debe garantizar el desglose de datos en función de la edad, la raza, la educación, la identidad de género, la orientación sexual, la ubicación geográfica y otro estado para orientar la programación y las inversiones de los programas, y para orientar mejor a los más necesitados. (Diez mensajes clave de la OSC al GRP, 2017)

3 Como, por ejemplo, las trabajadoras sexuales que usan drogas, las mujeres que viven con el SIDA en las zonas rurales, los migrantes, los indígenas trans, gays y bisexuales, las personas que viven en las zonas rurales, las personas que viven en la pobreza.

4 ONUSIDA debería garantizar el desglose de datos en función de la edad, la raza, la educación, la identidad de género, la orientación sexual, la ubicación geográfica y otros aspectos, para orientar la programación y las inversiones de los programas, y para orientar mejor a los más necesitados. (Diez mensajes clave de la OSC al GRP, 2017)

5 Acabar con el SIDA: Progreso hacia los objetivos 90-90-90. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

6 Acabar con el SIDA: Progreso hacia los objetivos 90-90-90. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

7 Además de Botswana, los seis países siguientes "habrán alcanzado o superado este nivel de supresión viral para 2016": Camboya, Dinamarca, Islandia, Singapur, Suecia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. Además de Suazilandia, los siguientes 10 países figuraron como "cerca de este umbral": Australia, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Kuwait, Luxemburgo, los Países Bajos, España y Suiza.

8 <http://phia.icap.columbia.edu/press-release-five-african-countries-approach-control-of-the-hiv-epidemics-as-us-government-launches-bold-strategy-to-accelerate> -Progreso/

9 Carter M. "Muchos países de Europa Occidental están cerca de alcanzar los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA " Aidsmap, 25 de junio de 2017 (www.aidsmap.com/Many-Western-European-countries-close-to-achieving-UNAIDS-90-90-90-targets/page/3150969/).

10 www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops

11 Acabar con el SIDA: avance hacia los objetivos 90-90-90. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

12 Kerr T y col. El impacto de la exposición obligatoria a la detención de drogas en la prevención de la asistencia sanitaria entre usuarios de drogas inyectables en Tailandia. *Política de drogas Int. J.* 2014; 25 (1): 171-4.

13 www.aidspace.org/node/4242

14 Informe de prevención de brecha. Ginebra: ONUSIDA; 2016 (www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap).

15 Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida), 2016 (www.gob.mx/censida/articulos/dia-mundial-del-sida-mexico-2016-85309?idiom=es).

16 Bowleg L. El problema con la frase mujeres y minorías: interseccionalidad: un marco teórico importante para la salud pública. *Am J Public Health.* 2012; 102 (7): 1267-1273.

17 Bowleg L. El problema con la frase mujeres y minorías: interseccionalidad: un marco teórico importante para la salud pública. *Am J Public Health.* 2012; 102 (7): 1267-1273.

18 Negin J et al. VIH entre los pueblos indígenas: una revisión de la literatura sobre el comportamiento relacionado con el VIH desde el comienzo de la epidemia. *SIDA Behav.* 2015; 19 (9): 1720-1734.

19 Weine S, Kashuba A. La migración laboral y el riesgo de VIH: una revisión sistemática de la literatura. *SIDA Behav.* 2012; 16 (6): 1605 - 1621.

20 Negin J et al. VIH entre los pueblos indígenas: una revisión de la literatura sobre el comportamiento relacionado con el VIH desde el comienzo de la epidemia. *SIDA Behav.* 2015; 19 (9): 1720-1734.

21 Vigilancia serológica y serológica integrada del VIH

22 http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2013/pcb33/agendaitems/20131206_PCB-NGO-report.pdf.

23 El texto completo del documento está disponible en www.eatg.org/news/10-key-messages-from-civil-society-and-communities-to-the-unaids-global-review-panel/.

24 La 38.ª JCP, PD 5.2, 6.2 (b), 6.4 y la 39.ª JCP PD 8.1; y la Declaración política de 2016 sobre el VIH y el SIDA, párrafos 63 (a) - (e), que reconoce el mandato de ONUSIDA para rendir cuentas ante la sociedad civil y las comunidades; y recordando el ONUSIDA / PCB (39) /16.23 que reconoce que la financiación para la movilización de la comunidad debería triplicarse desde 2016 hasta 2020 y que la proporción de servicios prestados a través de canales comunitarios debería aumentar al 30% para 2030; y la inversión en habilitadores sociales -incluida la promoción, la movilización política, la ley y la reforma, los derechos humanos, la comunicación pública y la reducción del estigma- debería representar el 6% de las inversiones mundiales en SIDA.

25 ONUSIDA debe garantizar el desglose de datos en función de la edad, la raza, la educación, la identidad de género, la orientación sexual, la ubicación geográfica y otro estado, para orientar la programación y las inversiones de los programas, y para orientar mejor a los más necesitados. (Diez mensajes clave de la OSC al GRP, 2017)

26 Como, por ejemplo, las personas que ejercen el trabajo sexual y que usan drogas, las mujeres que viven con SIDA en las zonas rurales, los migrantes, las personas trans, Gays y bisexuales, las personas que viven en las zonas rurales y las personas que viven en la pobreza.

27 ONUSIDA debe garantizar el desglose de datos en función de la edad, la raza, la educación, la identidad de género, la orientación sexual, la ubicación geográfica y otro estado, para orientar la programación y las inversiones de los programas, y para orientar mejor a los más necesitados. (Diez mensajes clave de la OSC al GRP, 2017)

28 término ugandés para motociclistas que transportan personas.