



PLANIFICAR Y GESTIONAR

PROGRAMAS DE VIH

CON POBLACIONES CLAVE

Consideraciones para prestar y mantener servicios de VIH mediante plataformas de acceso de confianza dirigidas a trabajadores del sexo, personas que consumen drogas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas trans y con diversidad de género

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Abreviaturas y acrónimos	5
Visión general	8
Prefacio	10
Introducción	11
Parte 1 Creación de plataformas de acceso de confianza	13
1.1. Descripción de las plataformas de acceso de confianza	14
1.1.1. ¿En qué consiste un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza? ...	14
1.1.2. ¿Por qué es necesario adoptar un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza?	17
1.1.3. ¿Qué servicios e intervenciones pueden estar disponibles a través de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza?	18
1.2. Elementos clave de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza	24
1.2.1. Divulgación entre pares	25
1.2.2. Prestación de servicios virtuales	33
1.2.3. Prestación de servicios a través de espacios comunitarios seguros	39
1.2.4. Prestación de servicios a través de establecimientos de salud	43
1.2.5. Prestación de servicios a través de clínicas sanitarias móviles o clínicas de extensión	49
1.2.6. Acceso a los servicios a través de otros actores	53
1.3. Planificación y adaptación de plataformas de acceso de confianza y consideraciones estructurales transversales	57
1.3.1. Planificación de plataformas de acceso de confianza	57
1.3.2. Adaptabilidad y diferenciación	62
1.3.3. Intervenciones estructurales transversales para plataformas de acceso de confianza	64
Parte 2 Gestión a escala e impacto	69
2.1. Actualización de los mapas y de las estimaciones del tamaño de las poblaciones	71
2.2. Supervisión eficaz de los programas	75
2.3. Monitoreo de resultados e impacto seleccionados	80
2.4. Integración del monitoreo dirigido por la comunidad	84
2.5. Fortalecimiento de la capacidad y el liderazgo comunitarios	89
2.6. Sostenibilidad de los programas para generar un impacto permanente	94
Anexos	99
Anexo 1: Comparación de costos unitarios para las plataformas de acceso de confianza	100
Anexo 2: Funciones del equipo de divulgación y gestión	103
Anexo 3: Matriz de progresión para plataformas de acceso de confianza	105
Anexo 4: Modelo de presupuesto para el mapeo programático	109
Anexo 5: Plantilla presupuestaria para una encuesta bioconductual simplificada	111
Anexo 6: Modelo de presupuesto para una investigación con clientes espía dirigida por pares	113
Referencias	117

AGRADECIMIENTOS

Este informe ha sido elaborado para la Coalición Mundial para la Prevención del VIH (GPC) por Gemma Oberth (Universidad de Ciudad del Cabo) y Matthew Greenall (consultor independiente), con el apoyo de ONUSIDA, la GPC y el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Los miembros del Grupo técnico de trabajo sobre poblaciones clave de la GPC realizaron observaciones detalladas sobre varios borradores. Se trata de una actualización del documento *2020 HIV Prevention Coalition. Key Population Trusted Access Platforms. Considerations in Planning and Budgeting for a Key Population Platform to Deliver Scaled, Quality HIV Prevention and Treatment Services and for Addressing Critical Enablers.*¹

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

El Fondo Mundial	El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ITS	Infección de transmisión sexual	PrEP	Profilaxis previa a la exposición
OMS	Organización Mundial de la Salud	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida	UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
PEP	Profilaxis posterior a la exposición	VHB	Virus de la hepatitis B
		VHC	Virus de la hepatitis C
		VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

FIGURAS

Figura 1. Las plataformas de acceso de confianza para poblaciones clave combinan varios enfoques de prestación de servicios	16
Figura 2. Ejemplo de mapeo local.....	24
Figura 3. Ejemplo de organigrama de agentes de divulgación entre pares en una plataforma de acceso de confianza	27
Figura 4. Diferentes escenarios de programas en función de la disponibilidad de recursos	59
Figura 5. Mapa de lugares donde se concentran los trabajadores del sexo superpuesto con estimaciones del tamaño de la población, Sudáfrica (adaptado del original)	72
Figura 6. Ejemplo de monitoreo de un programa para trabajadoras del sexo en Mombasa (Kenya)	76
Figura 7. Estructura de un programa dirigido a poblaciones clave de la India que incorpora una unidad de apoyo técnico	90
Figura 8. Proceso de formación y acreditación de proveedores de servicios de salud dirigidos por poblaciones clave en Tailandia	91

CUADROS

Cuadro 1: Características de una plataforma de acceso de confianza	14
Cuadro 2: Plataformas de acceso de confianza: ¿qué hay detrás de un nombre?	15
Cuadro 3: Smart Ladies en Kenya	18
Cuadro 4: Servicios frente a intervenciones	19
Cuadro 5: Metas mundiales de PrEP entre poblaciones clave para 2030	20
Cuadro 6: Prestación virtual para poblaciones clave: un ejemplo de FHI 360	35
Cuadro 7: ¿En qué consiste un establecimiento de salud capacitado para atender a las poblaciones clave?	43
Cuadro 8: Farmacias: un recurso comunitario infrautilizado para conseguir un acceso de confianza	54
Cuadro 9: Consideraciones a la hora de establecer una plataforma de acceso de confianza para diferentes poblaciones clave	60
Cuadro 10: Monitoreo del uso de servicios de salud mental en línea en Oriente Medio y Norte de África	76
Cuadro 11: Ejemplo de África: Uso de códigos de identificación únicos	77
Cuadro 12: Cambios en la incidencia del VIH entre las trabajadoras del sexo en Zimbabwe	82
Cuadro 13: Calidad de los servicios de VIH para poblaciones clave en Jamaica	86
Cuadro 14: Respuesta a la escasa utilización de los servicios de VIH entre las poblaciones clave de Tailandia	91
Cuadro 15: Contratos sociales estatales para programas destinados a poblaciones clave en Kazajstán	95

TABLAS

Tabla 1: Intervenciones recomendadas para poblaciones clave en las <i>Directrices unificadas 2022</i> de la OMS	21
Tabla 2: Tipos de agentes de divulgación entre pares y funciones habituales	25
Tabla 3: Servicios prestados a través de la divulgación entre pares	26
Tabla 4: Servicios prestados a través de programas en línea y virtuales	34
Tabla 5: Servicios prestados a través de espacios comunitarios seguros	40
Tabla 6: Servicios prestados a través de establecimientos de salud	45
Tabla 7: Servicios prestados a través de clínicas móviles o de extensión	49
Tabla 8: Servicios disponibles a través de otros actores	53
Tabla 9: Intervenciones estructurales transversales	65
Tabla 10: Estructura y alcance recomendados de las tareas del equipo de estudio de encuestas en cabinas de votación	81
Tabla 11: Calcular la disponibilidad de servicios para las poblaciones clave como parte del monitoreo dirigido por la comunidad	85
Tabla 12: Integración de las plataformas de acceso de confianza para poblaciones clave a través de asociaciones entre ONG y clínicas en Malasia ("Modelo KK")	96
Tabla 13: Costos unitarios regionales de la divulgación para poblaciones clave, estimación de recursos de ONUSIDA (modelización acelerada)	100
Tabla 14: Costos unitarios para intervenciones seleccionadas dirigidas a poblaciones clave, revisión de ONUSIDA de 2024 (varios estudios)	102
Tabla 15: Modelo de madurez para una plataforma de acceso de confianza	105
Tabla 16: Modelo de presupuesto para el mapeo programático participativo y la estimación del tamaño de las poblaciones clave	109
Tabla 17: Costos estimados para realizar el mapeo programático participativo y estimar el tamaño de las poblaciones clave	110
Tabla 18: Modelo de presupuesto para una encuesta bioconductual integrada simplificada	111
Tabla 19: Actividades y costos de la investigación con clientes espía dirigida por pares en un programa para poblaciones clave en los Estados Unidos de América	113

VISIÓN GENERAL

Esta guía ofrece una visión integral de cómo planificar y gestionar programas de VIH con poblaciones clave. No es necesario leerla de principio a fin. Los responsables de planificar los programas pueden limitarse a consultar aquellas secciones que les resulten más útiles. La finalidad de este resumen es ayudar al lector a encontrar la información que necesita en el informe.

Parte 1: Creación de plataformas de acceso de confianza

Sección	Qué incluye
1.1. Descripción de las plataformas de acceso de confianza	Explica qué se entiende por un enfoque centrado en "plataformas de acceso de confianza" destacando la importancia de la colaboración entre diferentes tipos de proveedores de servicios para garantizar el acceso a una amplia gama de servicios e intervenciones recomendados por la Organización Mundial de la Salud.
1.2. Elementos clave de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza	Proporciona descripciones detalladas de los distintos tipos de proveedores de servicios que pueden integrarse en una plataforma de acceso de confianza. Incluye la divulgación entre pares, la prestación de servicios virtuales, los espacios comunitarios seguros, los establecimientos de salud y las clínicas móviles, entre otros.
1.3. Planificación y adaptación de plataformas de acceso de confianza y consideraciones estructurales transversales	Describe los principios fundamentales para la planificación de las plataformas de acceso de confianza, por ejemplo, la necesidad de garantizar que los diferentes elementos funcionen conjuntamente. Analiza de qué forma los responsables de la planificación, incluidos representantes de poblaciones clave, deben conseguir un equilibrio entre la situación óptima para superar los obstáculos y los recursos disponibles al diseñar una plataforma de acceso de confianza.

Parte 2: Gestión a escala e impacto

2.1. Actualización de los mapas y de las estimaciones del tamaño de las poblaciones	Describe diferentes métodos para estimar el tamaño de las poblaciones y elaborar mapas de las comunidades de poblaciones clave. Ofrece alternativas a las encuestas a gran escala y plantea una segmentación por perfil de riesgo para estimar con mayor precisión el tamaño de las poblaciones más necesitadas.
2.2. Supervisión eficaz de los programas	Presenta un marco de preguntas clave para quienes planifican los programas con el fin de determinar la eficacia de una plataforma de acceso de confianza. Analiza las herramientas de monitoreo y evaluación que son necesarias para supervisar adecuadamente los programas.
2.3. Monitoreo de resultados e impacto seleccionados	Amplía el monitoreo programático para incluir resultados clave (p. ej., supresión de la carga viral) y el impacto (p. ej., nuevas infecciones). Propone una serie de metodologías de encuestas simplificadas que pueden repetirse regularmente con un bajo costo.
2.4. Integración del monitoreo dirigido por la comunidad	Destaca la importancia del monitoreo dirigido por la comunidad (concretamente, por poblaciones clave) para mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios en las plataformas de acceso de confianza. Enumera diferentes metodologías para llevar a cabo dicho monitoreo.

2.5. Fortalecimiento de la capacidad y el liderazgo comunitarios	Establece un vínculo entre el empoderamiento de la comunidad y una programación adecuada para las poblaciones clave. Se centra en proporcionar apoyo técnico y formación formal con vistas a mantener plataformas de acceso de confianza dentro del sistema público.
--	--

2.6. Sostenibilidad de los programas para generar un impacto permanente	Sitúa las plataformas de acceso de confianza para las poblaciones clave dentro de la agenda general de sostenibilidad y destaca la necesidad de la contratación social, la integración en la atención primaria y otras estrategias.
---	---

Anexos

Parte 1: Anexos (1-3)	Ofrecen orientación adicional sobre la comparación de costos, las funciones y responsabilidades de divulgación y la evolución de las plataformas de acceso.
-----------------------	---

Parte 2: Anexos (4-6)	Ofrecen algunos ejemplos y modelos para calcular costos y presupuestar distintas actividades de monitoreo.
-----------------------	--

PREFACIO

Desde que la Coalición Mundial para la Prevención del VIH (GPC) comenzó a actualizar esta guía a finales de 2024, el panorama de financiamiento para el VIH ha sufrido cambios profundos. Los Estados Unidos de América cancelaron abruptamente más de un tercio de su presupuesto bilateral para el VIH en el año fiscal 2025, y propusieron mantener estos recortes en 2026.^{2,3,4} El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (el Fondo Mundial) se vio obligado a reducir en un 11% las asignaciones nacionales del Séptimo Ciclo de Subvenciones por la falta de conversión de promesas de donación.⁵ Otros países, entre ellos Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, también han anunciado que reducirán entre un 40 y un 70% su ayuda exterior en 2026.⁶

Todavía se desconoce la naturaleza y el alcance total de estos recortes, pero parece que los programas realizados por y para las poblaciones clave se están viendo gravemente afectados. Según algunas estimaciones, los servicios de prevención del VIH especializados ya no llegan a 3,5 millones de miembros de poblaciones clave.⁷ El aumento relativo de las nuevas infecciones por el VIH entre poblaciones clave podría ser entre 1,3 y 6 veces superior al de la población general (fuera de África), dependiendo del escenario de recortes.⁸

Sin embargo, la crisis de financiamiento no afecta por igual a todos los países. Los ajustes de muchos de los países de ingresos medianos altos de la GPC, especialmente en América Latina y Asia, son mínimos. Incluso en África, los recortes varían significativamente, desde más de un 50% en algunos países a menos de un 25% en otros.⁹

Esta guía pretende llegar a un equilibrio y describir cómo planificar y gestionar adecuadamente los programas realizados por y para las poblaciones clave, sin olvidar las graves limitaciones financieras a las que se enfrentan muchos países. No aborda la priorización, puesto que esta cuestión se analiza con detalle en otros lugares.^{10,11,12} En su lugar, esta actualización se centra en nuevas orientaciones sobre sostenibilidad (sección 2.6), comparaciones de costos (anexo 1) y formas de combinar enfoques de prestación de servicios en función de los recursos disponibles (figura 10). Su finalidad es ayudar a los países a hacer frente a las dificultades financieras.

INTRODUCCIÓN

¿De qué trata esta guía?

Los trabajadores del sexo, las personas que consumen drogas, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y las personas trans y con diversidad de género se ven desproporcionadamente afectados por el VIH en casi todo el mundo. Su mayor vulnerabilidad al VIH, las hepatitis virales y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) se debe a diversos factores conductuales, sociales, jurídicos, estructurales y contextuales, así como a los obstáculos en el acceso a servicios de salud u otros servicios esenciales que les permitirían protegerse. Estos mismos factores reducen la probabilidad de que los miembros de estos grupos reciban el tratamiento y el apoyo que necesitan cuando son seropositivos. Además, dentro de cada uno de estos grupos existen complejas interacciones entre los factores descritos anteriormente y su edad, género, situación de discapacidad, educación, raza, religión y estatus socioeconómico.

Todos estos grupos se consideran "poblaciones clave" en la respuesta al VIH. Cubrir sus necesidades es esencial para su salud y bienestar y un aspecto central de las iniciativas locales, nacionales y mundiales para conseguir que el sida deje de ser una amenaza para la salud pública en 2030.^a Responder al VIH de forma adecuada y cubrir las necesidades de las poblaciones clave implica abordar adecuadamente y a escala los factores previamente descritos. Este informe ofrece orientaciones sobre cómo conseguirlo.

Los conceptos de acceso y confianza son fundamentales en el enfoque que nos ocupa. Para cubrir las necesidades de las poblaciones clave, es esencial garantizar que puedan acceder a la información, los servicios y el apoyo que necesitan, donde y cuando lo requieran, y mediante fuentes y proveedores en los que puedan confiar.

El significado de la palabra confianza es diferente para cada persona y tipo de servicio, por lo que es necesario implicar a miembros de las poblaciones clave en la planificación, la prestación y el monitoreo de servicios y programas. Igualmente, es necesario abordar los factores estructurales que dificultan el acceso a los servicios y que aumentan la vulnerabilidad al VIH y a otras infecciones, como la estigmatización, la discriminación y la violencia. La parte 1 de este informe describe un enfoque centrado en *plataformas de acceso de confianza* para conseguirlo.

La escala también es un aspecto central de esta guía, puesto que acabar con el sida como amenaza de salud pública implica garantizar que los miembros de las poblaciones clave puedan acceder a los recursos que necesitan. Para lograr una escala adecuada, se necesitan datos sólidos y una planificación y asignación cuidadosas de los recursos. En la parte 2 se abordan consideraciones relacionadas con cómo lograr una escala adecuada y asignar los recursos eficazmente.

Mejorar la salud pública es cada vez más difícil en muchos contextos debido a la estigmatización social y a la adopción de políticas y leyes que vulneran las normas internacionales relacionadas con los derechos humanos y la equidad. Este informe

a. Aunque normalmente se considera a las personas en centros penitenciarios y otros lugares de reclusión como una población clave en el contexto del VIH, no se incluyen en este informe.

también describe cómo adoptar las intervenciones estructurales necesarias para que las poblaciones clave puedan acceder a los servicios con confianza.

¿A quién va dirigida esta guía?

Las partes 1 y 2 de esta guía se centran en el desarrollo y la promoción de plataformas de acceso de confianza desde dos perspectivas diferentes. La parte 1 adopta una perspectiva individual, comunitaria, local u operativa, mientras que la parte 2 se concentra en una perspectiva nacional o estratégica. Por ello, resultarán útiles a diferentes destinatarios: la parte 1, a socios ejecutores y gestores a nivel local, incluidas organizaciones dirigidas por la comunidad o proveedores de atención sanitaria del sector público, así como a responsables de la toma de decisiones estratégicas; y la parte 2, a los responsables de tomar decisiones estratégicas a nivel nacional (incluidos miembros de las poblaciones clave) y de asignar recursos para acabar con el sida como amenaza para la salud pública.

PARTE 1

**CREACIÓN DE PLATAFORMAS
DE ACCESO DE CONFIANZA**



1.1. Descripción de las plataformas de acceso de confianza

1.1.1. ¿En qué consiste un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza?

Este enfoque pretende garantizar que los miembros de las poblaciones clave puedan acceder de forma segura a los servicios de prevención, tratamiento y otras áreas relacionadas que necesitan. Bajo este enfoque, los miembros de las poblaciones clave utilizan y tienen acceso a servicios que cubren sus necesidades. Para que el acceso sea efectivo, deben confiar tanto en los servicios como en quienes los prestan. Una de las formas más efectivas de conseguir y mantener esta confianza es implicar a las poblaciones clave en el diseño, la prestación y el monitoreo de los servicios.

Este enfoque reconoce que los servicios se pueden prestar mediante múltiples modalidades y formas. Dependiendo del servicio, esto puede incluir: establecimientos de salud públicos o privados; centros de asistencia y espacios seguros especializados; agentes de divulgación comunitaria; divulgación y prestación de servicios virtuales; negocios locales, como farmacias; y servicios de protección social. Todos ellos colaboran para fomentar la confianza, satisfacer las necesidades de las diversas poblaciones clave y promover la utilización de los servicios y la retención en ellos. Todos los servicios, establecimientos y responsables de la ejecución que cuentan con la confianza de las poblaciones clave pueden considerarse colectivamente como una plataforma.

Las plataformas variarán de unas poblaciones clave y países a otros, incluso dentro de un mismo país, puesto que cada lugar contará con un conjunto diferente de actores que presten servicios. Además, la confianza de las poblaciones clave en estos actores también varía y puede cambiar con el tiempo. La plataforma es además un mecanismo que permite realizar cambios con el fin de cubrir adecuadamente las necesidades a medida que estas evolucionan, por ejemplo, incorporar nuevos proveedores de confianza o nuevas intervenciones.

Cuadro 1

Características de una plataforma de acceso de confianza

Las plataformas de acceso de confianza se caracterizan por:

- Ofrecer un acceso seguro a servicios de VIH y salud general para las personas que se enfrentan a mayores obstáculos.
- Ofrecer una amplia gama de servicios y opciones para recibirlos mediante la combinación de diversos proveedores y vías de acceso.
- Facilitar un uso continuo de los servicios.
- Basarse en las capacidades disponibles en un lugar determinado.
- Responder a los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios.

- Proporcionar información a las comunidades para que lleven una vida saludable.
- Estar centradas en las personas y la comunidad con el fin de responder con rapidez a sus necesidades y detectar y adaptarse a los problemas que puedan surgir.
- Reconocer y responder a las necesidades de diferentes personas, por ejemplo, los jóvenes y quienes pertenecen a más de una población clave.
- Los miembros de las poblaciones clave participan tanto en calidad de usuarios como de responsables de la ejecución de los servicios: una plataforma de acceso de confianza se basa en la cooperación entre ambos grupos y las organizaciones dirigidas por poblaciones clave suelen formar parte de ellas.

Es posible que en algunos lugares las poblaciones clave confíen en más de una opción. Las plataformas pueden ir desde "una ventanilla única", es decir, un proveedor dirigido por poblaciones clave que ofrece gran variedad de servicios, a una combinación de diferentes proveedores, algunos de los cuales se centran en poblaciones específicas mientras que otros ofrecen una gama de servicios más limitada a la población general. Estas opciones para acceder a los servicios reflejan las necesidades y preferencias de diferentes miembros de poblaciones clave y de la comunidad. La gama de opciones dependerá de las capacidades y recursos de los actores locales, del financiamiento disponible y del entorno (p. ej., de las actitudes sociales, contextos jurídicos y del comportamiento de las fuerzas del orden con respecto a las poblaciones clave). Contar con diversas opciones de acceso a los servicios es un componente esencial para maximizar su alcance, utilización y retención (figura 1).

Sea cual sea la composición de la plataforma, la coordinación y colaboración entre las distintas entidades y actores implicados ayuda a garantizar que los miembros de las poblaciones clave sean derivados de forma confidencial y segura, y contribuye al seguimiento permanente y los esfuerzos conjuntos para llegar a las personas que no acuden a los servicios. También permite que las diferentes entidades que integran la plataforma compartan información y detecten y se adapten a cualquier cambio (cuadro 2).

Cuadro 2

Plataformas de acceso de confianza: ¿qué hay detrás de un nombre?

Una plataforma de acceso de confianza es un enfoque conceptual, más que un diseño de programa concreto. Los programas dirigidos a poblaciones clave han conseguido su confianza de diferentes formas sin utilizar necesariamente el término "plataforma de acceso de confianza". Por ello, este informe incluye ejemplos de diferentes programas y plataformas sin limitarse a los que se denominan como tal.

Las plataformas de acceso de confianza son efectivas gracias a la participación e implicación de las poblaciones clave. Para generar y mantener su confianza es necesario colaborar de forma continua con sus miembros a fin de comprender y responder a sus necesidades actuales, emergentes y generales, así como de responder a los obstáculos en el acceso. Esto requiere no solo mejorar los puntos de acceso a servicios de confianza, sino también colaborar estrechamente en el diseño, la ejecución y el monitoreo de los programas, así como a la hora de abordar las barreras sociales y estructurales.

Figura 1. Las plataformas de acceso de confianza para poblaciones clave combinan varios enfoques de prestación de servicios



1.1.2. ¿Por qué es necesario adoptar un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza?

Cuando las poblaciones clave pueden acceder con confianza al apoyo y a los servicios cuando y donde los necesitan, los niveles de compromiso y utilización de los servicios son mucho mayores y, por tanto, el impacto en la salud es positivo. El documento *Prevención 2030: un marco de acceso mundial (Prevention 2030 Global Access Framework)* considera que las plataformas de acceso de confianza son un componente esencial de cualquier enfoque centrado en las personas.¹³

Los ejemplos de diversos entornos confirman resultados positivos en el uso del preservativo, la utilización de las pruebas del VIH, el tamizaje y el tratamiento de otras ITS, la utilización de la profilaxis previa a la exposición (PrEP), el acceso al tratamiento antirretroviral y la continuidad asistencial con pérdidas mínimas durante el seguimiento.^{14,15,16}

Un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza puede ayudar a cubrir una gama más amplia de necesidades al reunir a diferentes proveedores. El enfoque se presta a una mayor sostenibilidad, ya que se basa en primer lugar en los establecimientos de salud (primarios, especializados y privados) y otros activos ya existentes, como las organizaciones comunitarias y los servicios sociales y de bienestar, adaptándolos al contexto para satisfacer las necesidades de los miembros de las poblaciones clave.

Asimismo, una plataforma de acceso de confianza ofrece oportunidades para adaptar la prestación y añadir servicios adicionales a lo largo del tiempo. Esto es posible gracias a que la implicación de las poblaciones clave permite identificar nuevas necesidades y la mejor forma de adoptar las innovaciones.

Además, los datos rutinarios de plataformas comunitarias bien diseñadas pueden ser fiables, fáciles de interpretar y útiles para monitorear el acceso de los miembros de las poblaciones a los servicios que necesitan. También permiten identificar a tiempo los problemas, idear soluciones y aplicarlas conjuntamente a nivel local. El monitoreo dirigido por la comunidad del acceso, la calidad, la estigmatización, la discriminación, la violencia, etc. en los servicios a nivel local permite mejorarlos de forma continua y dirigir los enfoques a las poblaciones clave.

Al fundamentarse en los conocimientos locales y la adaptación, este enfoque favorece también que los representantes de las poblaciones clave y los proveedores de servicios puedan identificar mejor y abordar las necesidades de subpoblaciones como los jóvenes o quienes pertenecen a múltiples grupos de poblaciones clave y que, por lo tanto, tienen necesidades más diversas (cuadro 3).

Cuadro 3

Smart Ladies en Kenya¹⁷

Smart Ladies comenzó como una red informal de educadores de pares formada por trabajadoras del sexo en Nakuru (Kenya). Su función era facilitar la creación de una plataforma de confianza para trabajadoras del sexo mediante:

- La creación de asociaciones en todo el país para ampliar su labor.
- La asociación con otras poblaciones clave y fuerzas del orden para proteger sus derechos.
- La asociación con clínicas y asistentes jurídicos para ofrecer respuestas médicas y jurídicas urgentes a víctimas de actos violentos.
- La asociación con diversos proveedores de atención sanitaria para garantizar el acceso a servicios integrales de prevención y tratamiento del VIH.

Este enfoque permitió que miles de trabajadoras del sexo pudieran acceder con confianza a servicios de VIH, salud general y defensa de los derechos humanos. Su éxito permitió cubrir las necesidades inmediatas de las comunidades (en relación con la violencia) y garantizar que las organizaciones de socios clave pudieran prestar servicios aceptables y de confianza.



1.1.3. ¿Qué servicios e intervenciones pueden estar disponibles a través de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza?

Se han identificado una serie de servicios e intervenciones esenciales para responder de forma efectiva al VIH en lo que respecta a las poblaciones clave. Estas intervenciones, y la evidencia que las sustenta, se describen con detalle en las *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave (Directrices unificadas)* (cuadro 4).¹⁸

Las *Directrices unificadas* hacen referencia a intervenciones a la hora de describir cualquier actividad o iniciativa que deba incluirse en un programa destinado a poblaciones clave. En este documento, se utiliza el término "servicio" para cualquier intervención que se dirija específicamente a un miembro de una población clave (p. ej., distribución de preservativos, información, pruebas o tratamiento). Cuando se utiliza el término "intervención" en el presente informe, se siguen las *Directrices unificadas* para referirse tanto a los servicios como a un conjunto general de acciones (p. ej., intervenciones estructurales o el mapeo programático) dirigidos al programa o al contexto en lugar de a personas concretas.

La ciencia de la prevención del VIH evoluciona constantemente con el desarrollo, pruebas y aprobación de nuevas intervenciones. En los últimos años han sido

especialmente importantes los avances en la PrEP de acción prolongada, en las pruebas multiplex para el VIH y las ITS, y en nuevos dispositivos anticonceptivos o preventivos. Por ejemplo, en 2024 la OMS publicó una herramienta de ejecución sobre la PrEP oral de acción prolongada,¹⁹ y en julio de 2025 emitió una nueva recomendación y directrices sobre el lenacapavir inyectable administrado cada dos años para prevenir el VIH.²⁰ Basándose en estas directrices, la OMS también recomendó las pruebas rápidas del VIH para eliminar los obstáculos en el acceso a medicamentos inyectables de acción prolongada. Es importante que los programas se mantengan al tanto de estos avances y que actúen con rapidez para obtener financiamiento nacional, registrarlos y desplegarlos entre las poblaciones clave una vez hayan sido aprobados por la OMS.

Cuadro 4.

Servicios frente a intervenciones

Las *Directrices unificadas* hacen referencia a intervenciones a la hora de describir cualquier actividad o iniciativa que deba incluirse en un programa destinado a poblaciones clave. En este documento, se utiliza el término "servicio" para cualquier intervención que se dirija específicamente a un miembro de una población clave (p. ej., distribución de preservativos, información, pruebas o tratamiento). Cuando se utiliza el término "intervención" en el presente informe, se siguen las *Directrices unificadas* para referirse tanto a los servicios como a un conjunto general de acciones (p. ej., intervenciones estructurales o el mapeo programático) dirigidos al programa o al contexto en lugar de a personas concretas.

En las *Directrices unificadas* 2022 de la OMS las intervenciones se clasifican de la siguiente manera:

- *Esenciales para lograr impacto: intervenciones habilitadoras.* Intervenciones estructurales fundamentales para eliminar los obstáculos y establecer un acceso de confianza. Aunque algunas benefician directamente a los usuarios, otras son transversales y tienen por objeto mejorar el entorno general.
- *Esenciales para lograr impacto: intervenciones de salud.* Servicios con un efecto directo en los resultados de la prevención y el tratamiento del VIH, así como de las hepatitis virales y las ITS.
- *Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud.* Servicios relacionados con las necesidades sanitarias más allá del VIH, las hepatitis y las ITS, que son específicos para cada grupo de población clave.
- *Intervenciones de apoyo.* Servicios enfocados individualmente que refuerzan los conocimientos, las habilidades y la autoeficacia de los miembros de las poblaciones clave.

Aunque muchas intervenciones son comunes para todas o la mayoría de las cuatro poblaciones clave, existen algunas diferencias importantes que se muestran en la tabla 1. En ella se resumen las *Directrices unificadas* indicando qué intervenciones son pertinentes para cada uno de los cuatro grupos. La OMS también ha publicado informes que describen las intervenciones recomendadas para trabajadores del sexo,²¹ personas que consumen drogas inyectables,²² hombres homosexuales y

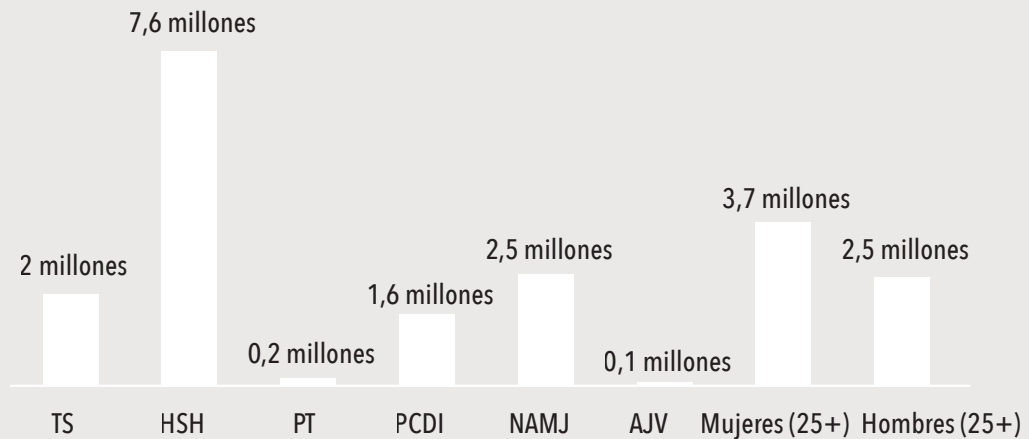
otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres²³ y personas trans y con diversidad de género²⁴ como complemento de las *Directrices unificadas*, así como un informe de buenas prácticas sobre intervenciones de asesoramiento conductual para poblaciones clave que aclara la evidencia en este ámbito.²⁵

Aunque las *Directrices unificadas* recomiendan que los miembros de las poblaciones clave tengan acceso a todas las intervenciones, su disponibilidad en cada país dependerá del contexto, las políticas y los recursos nacionales, tal como se indica en las orientaciones de la OMS de junio de 2025 sobre la priorización de los servicios ante los cambios en el panorama de financiamiento (cuadro 5).²⁶

Cuadro 5

Metas mundiales de PrEP entre poblaciones clave para 2030

El objetivo de Prevención 2030: un marco de acceso mundial (*Prevention 2030 Global Access Framework*) es que 20 millones de personas utilicen diferentes formas de PrEP para ese año. Esta cifra incluye 2 millones de trabajadores del sexo, 7,6 millones de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 1,6 millones de personas que consumen drogas inyectables, 0,2 millones de personas transgénero, 2,5 millones de niñas adolescentes y mujeres jóvenes, y 0,1 millones de adolescentes y jóvenes varones. Las plataformas de acceso de confianza son esenciales para que las poblaciones clave inicien y sigan la PrEP, incluidas las nuevas opciones de acción prolongada.



La parte 1.2 explora los diferentes tipos de proveedores de servicios o entidades que pueden formar parte de una plataforma de acceso de confianza, mientras que la parte 1.3 se centra en la planificación, el establecimiento, la coordinación y la adaptación de diferentes componentes de una plataforma a nivel local, así como en consideraciones estructurales transversales (véase el [anexo 1](#) sobre la comparación de costos de determinadas intervenciones dirigidas a poblaciones clave).

Tabla 1: Intervenciones recomendadas para poblaciones clave en las *Directrices unificadas 2022* de la OMS²⁷

Intervención	Trabajadores del sexo	Personas que consumen drogas inyectables	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas trans y con diversidad de género
Esencial para lograr impacto: intervenciones habilitadoras				
Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas	✓	✓	✓	✓
Reducción de la estigmatización y la discriminación	✓	✓	✓	✓
Empoderamiento de la comunidad	✓	✓	✓	✓
Abordar la violencia	✓	✓	✓	✓
Esencial para lograr impacto: intervenciones de salud				
Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS				
Reducción de daños (programas de distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y naloxona para el tratamiento de sobredosis)		✓		
Preservativos y lubricantes	✓	✓	✓	✓
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) al VIH	✓	✓	✓	✓
Profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y las ITS	✓	✓	✓	✓
Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B (VHB)	✓	✓	✓	✓
Vacunación del VHB	✓	✓	✓	✓
Abordar el sexdopaje	✓	✓	✓	✓
Diagnóstico				
Pruebas del VIH	✓	✓	✓	✓
Pruebas de detección de las ITS	✓	✓	✓	✓
Pruebas de detección de la hepatitis B y C	✓	✓	✓	✓
Tratamiento				
Tratamiento del VIH	✓	✓	✓	✓
Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis asociada con la infección por el VIH	✓	✓	✓	✓
Tratamiento de las ITS	✓	✓	✓	✓
Tratamiento del VHB y del virus de la hepatitis C (VHC)	✓	✓	✓	✓
Esencial para la salud en general: intervenciones de salud				
Salud anal	✓		✓	✓

Intervención	Trabajadores del sexo	Personas que consumen drogas inyectables	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas trans y con diversidad de género
Concepción y atención durante el embarazo	✓	✓		✓
Anticoncepción	✓	✓		✓
Salud mental	✓	✓	✓	✓
Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino	✓	✓		✓
Aborto en condiciones seguras	✓	✓		✓
Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas	✓	✓	✓	✓
Prevención, tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis	✓	✓	✓	✓
Atención para la reafirmación de género				✓
Intervenciones de apoyo				
Información y educación que ayudan a que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos				
Intervenciones que pretenden aumentar la demanda (generación de demanda) de servicios de VIH, hepatitis virales e ITS basados en la evidencia				
Asesoramiento de apoyo que no pretende cambiar comportamientos				
Asesoramiento sobre cuestiones de salud mental				

Lecturas recomendadas

Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *Cinco herramientas de autoevaluación para la prevención del VIH (PSAT)*. Ginebra: ONUSIDA, 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/es/resources/five-hiv-prevention-self-assessment-tools-psats>; consultado el 1 de marzo de 2025).

Protocol of HIV services for key populations. Dacca: Gobierno de Bangladesh, 2023 (https://asp.portal.gov.bd/sites/default/files/files/asp.portal.gov.bd/page/2d04f70c_c5e5_4d3d_9a13_e8cc7e5af9c9/2024-08-29-10-29-d54bf09d5f4c84dffdbc65eb32ecc78d.pdf; consultado el 1 de marzo de 2025).

National implementation guidelines for STI and HIV programming among young key populations. Nairobi: Ministerio de Salud, 2018 (<https://www.iavi.org/phocadownload/userupload/National%20Implementation%20Guidelines%20for%20HIV%20and%20STI%20Programming%20among%20YKPs%202018.pdf>; consultado el 4 de mayo de 2020).

Zimbabwe's national key populations HIV and AIDS implementation plan 2019-2020. Harare: Consejo Nacional del Sida, 2019 (<https://www.nac.org.zw/wp-content/uploads/2021/04/Zimbabwes-National-Key-Populations-HIV-and-AIDS-Implementation-Plan-2019-2020-1.pdf>; consultado el 1 de marzo de 2025).

Implementación integral de programas de VIH e ITS con personas transgénero (PNUD, IRGT, UNFPA, UCSF, JHSPH, OMS). Nueva York: PNUD, 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance>; consultado el 1 de marzo de 2025).

Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT) (UNFPA, The Global Forum on MSM and HIV, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID). Ginebra: OMS; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; accessed 1 March 2025).

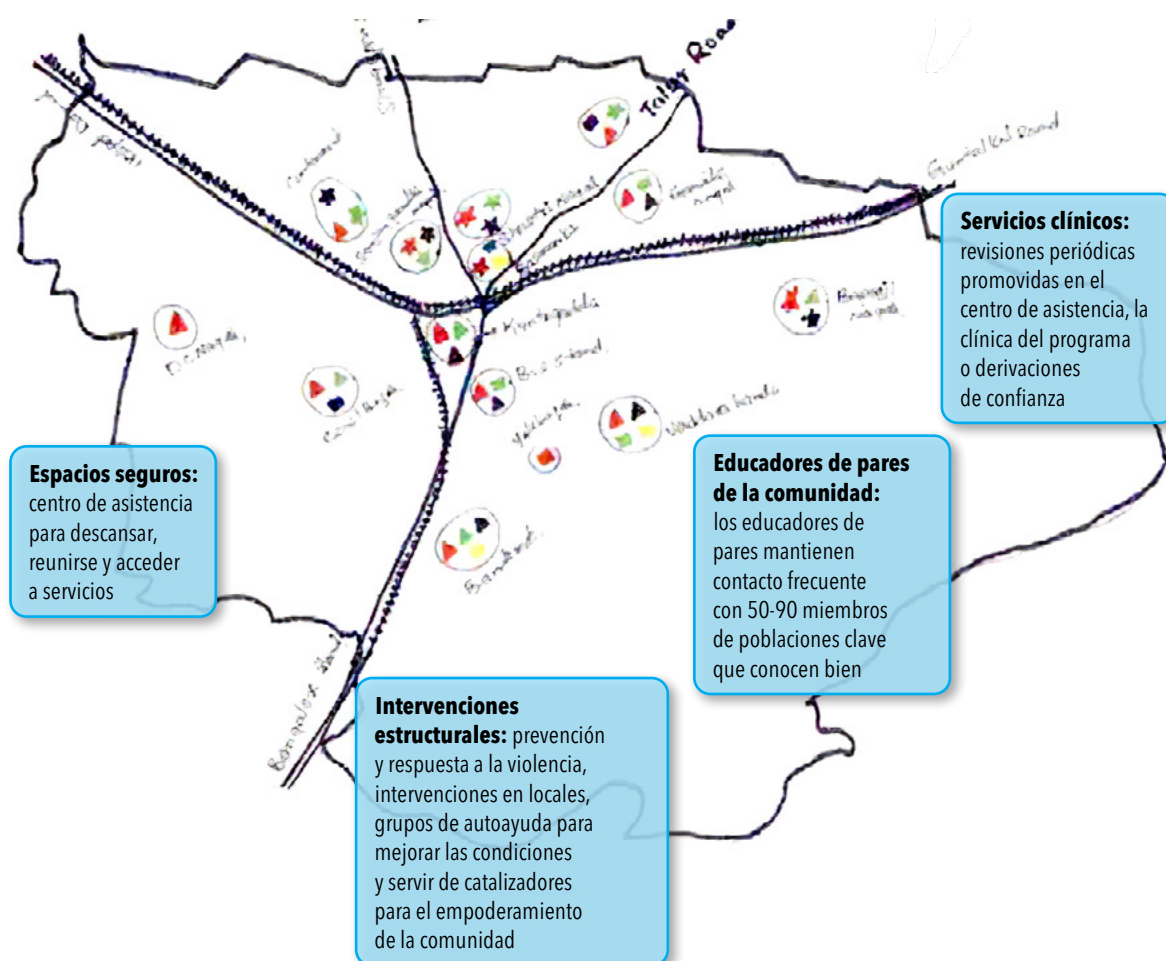
Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs (IDUIT) (UNODC, INPUD, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS). Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017 (<https://inpud.net/iduit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-with-people-who-inject-drugs/>; consultado el 1 de marzo de 2025).

Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo (OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, Banco Mundial, PNUD). Ginebra: OMS, 2013 (<https://www.nswp.org/es/resource/herramienta-de-implementacion-para-la-persona-que-ejerce-el-trabajo-sexual-swit>; consultado el 1 de marzo de 2025).

1.2. Elementos clave de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza

El acceso de confianza a servicios de VIH y otros servicios de salud para poblaciones clave en un lugar determinado pueden proporcionarlo diversos actores. Lo importante es reunirlos para que funcionen como una plataforma. Los mapas locales pueden servir para identificar localizaciones prioritarias donde suelen reunirse los miembros de las poblaciones clave o donde se presten servicios, así como para determinar cómo colaborarán estos actores con vistas a ofrecer un acceso de confianza. Esto puede implicar el uso de proveedores de servicios en activo, llevar a cabo actividades de divulgación en la comunidad y establecer nuevos puntos de prestación de servicios donde el acceso a los existentes no sea satisfactorio para las poblaciones clave. Conocer las características de cada ubicación también puede contribuir a diseñar las intervenciones estructurales y facilitadoras necesarias (figura 2).

Figura 2. Ejemplo de mapeo local



Esta sección se centra en diferentes tipos de actores, servicios y otras intervenciones para poblaciones clave que figuran en las *Directrices unificadas* de la OMS y que cada actor puede prestar o llevar a cabo. Cada sección está dedicada a un actor o tipo de proveedor: divulgación entre pares; programación en línea y virtual; espacios comunitarios seguros; establecimientos de salud; clínicas móviles; y otros.

1.2.1. Divulgación entre pares

¿En qué consiste?

La divulgación entre pares la llevan a cabo miembros de poblaciones clave que trabajan directamente con sus iguales en hogares, establecimientos de salud, centros comunitarios o de trabajo, e incluso en locales como bares, clubes y espacios donde se practica el trabajo sexual o la inyección de drogas, así como en entornos virtuales. Esta sección se centra en trabajadores pares que llevan a cabo actividades de divulgación física o presencial en comunidades y locales. El resto de lugares se incluyen en las siguientes secciones.



En función del contexto, los trabajadores pares reciben diferentes nombres, como *educadores de pares*, *trabajadores pares*, *líderes pares* o *agentes de divulgación entre pares*. Estas denominaciones suelen reflejar diferentes funciones o el énfasis de su trabajo, por ejemplo, *asistentes jurídicos de pares*, *navegadores de pares*, *promotores de la PrEP*, *trabajadores de apoyo a la observancia*, etc. En todos los casos, se trata de miembros de poblaciones clave (pares) que prestan servicios allí donde estas poblaciones los necesitan (divulgación). Se garantiza así que el asesoramiento y los servicios estén disponibles de forma continua y segura para un gran número de poblaciones clave. La divulgación entre pares también es una fuente de información y asesoramiento y sirve de puente con otros proveedores que cuentan con la confianza de las poblaciones clave gracias a las derivaciones. La tabla 2 muestra algunas denominaciones que suelen utilizarse para los trabajadores pares y sus funciones y especialidades, aunque cabe destacar que dichas funciones suelen solaparse, ya que algunos agentes de divulgación pueden ejercer múltiples tareas.

Puesto que ellos mismos pertenecen a las poblaciones clave, los agentes de divulgación son capaces de generar altos niveles de confianza, un aspecto esencial para que los programas sean efectivos. Son la primera línea para proporcionar un acceso de confianza a algunos servicios básicos e intervenciones que se mencionan en las *Directrices unificadas* de la OMS.

Tabla 2: Tipos de agentes de divulgación entre pares y funciones habituales

Educador de pares	Imparten educación sobre la prevención, transmisión y tratamiento del VIH, otras cuestiones sanitarias y la reducción de la estigmatización. Sus actividades incluyen sesiones cara a cara, debates en grupo y distribución de productos de prevención.
Promotor de la PrEP	Líderes de poblaciones clave dedicados a educar, motivar y apoyar a otros para que conozcan y accedan a la PrEP. Es posible que ellos mismos sean o hayan sido usuarios de la PrEP, lo que les da credibilidad en sus comunidades.
Navegador de pares	Trabajadores pares que viven con el VIH y que ayudan a las personas a acceder a servicios de pruebas, atención y tratamiento del VIH, por ejemplo, acompañándolas a las clínicas, asistiéndolas con los trámites burocráticos, haciendo un seguimiento tras el diagnóstico y ayudándolas a superar los obstáculos en la atención (p. ej., en relación con la estigmatización, el transporte o sus miedos).

Trabajador de apoyo a la observancia	Trabajadores pares que a menudo también viven con el VIH, cuya labor es apoyar a las personas seropositivas de las poblaciones clave para que sigan el tratamiento y tomen la medicación de forma sistemática mediante recordatorios, ayudándoles a revelar su estado, realizando un seguimiento de las citas a las que no acuden y mediante visitas a domicilio. Trabajan en estrecha colaboración con médicos.
Asistente jurídico de pares	Proporcionan información jurídica básica, apoyo y abogacía, monitorean las vulneraciones de los derechos humanos y prestan asistencia a quienes la necesitan. No son abogados, pero conocen las leyes, derechos y procesos jurídicos pertinentes para sus comunidades.

¿Qué intervenciones y servicios se prestan a través de la divulgación entre pares?

La divulgación entre pares es más eficaz para prestar servicios no clínicos que las poblaciones clave necesitan con una alta frecuencia o de forma inmediata. Aunque la combinación exacta de servicios prestados dependerá de los marcos nacionales, la disponibilidad de recursos y el perfil y las funciones específicas de los agentes de divulgación entre pares, el cuadro 3 enumera los servicios que se prestan a través de esta divulgación casi siempre (primera columna) y cuando es necesario (segunda columna). Todos los agentes de divulgación entre pares requieren formación, pero además es posible que necesiten capacitación adicional, supervisión o acreditación para prestar algunos de los servicios de la segunda columna.

Los trabajadores pares también pueden prestar servicios que no estén directamente relacionados con el VIH para responder a las emergencias que afectan a las poblaciones clave mediante apoyo jurídico y primeros auxilios, así como promoviendo prácticas de autocuidado entre las poblaciones clave.

Tabla 3: Servicios prestados a través de la divulgación entre pares

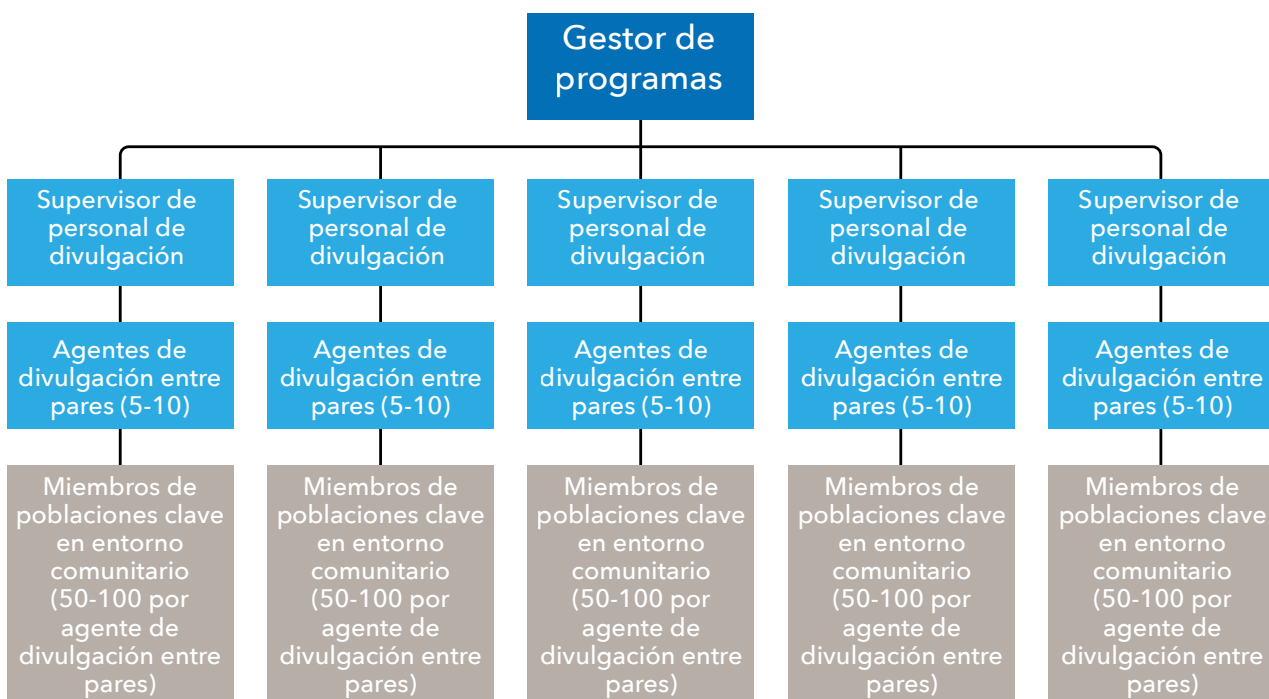
Prestados habitualmente a través de la divulgación entre pares	Prestados ocasionalmente a través de la divulgación entre pares (en función de las necesidades, la formación y las responsabilidades)
Preservativos y lubricantes	Reducción de daños (agujas, jeringas y naloxona)
Asesoramiento de apoyo	Pruebas del VIH (incluidas las de autodiagnóstico)
Información y educación para que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos	Tratamiento del VIH (apoyo a la observancia)
Intervenciones destinadas a aumentar la demanda	Anticoncepción
Derivación y acompañamiento a otros servicios	Asesoramiento sobre cuestiones de salud mental
	Abordar la violencia

¿Cómo se lleva a cabo?

Los agentes de divulgación entre pares visitan sistemáticamente los lugares donde se reúne su comunidad para prestar servicios de forma continua, fiable y segura. Al mantener un contacto permanente con la comunidad a la que sirven, pueden detectar cambios, como la llegada de nuevas personas, factores de riesgo, problemas de seguridad o represión, y adaptarse a ellos. Existen normas establecidas y basadas en la evidencia sobre la proporción de agentes de divulgación entre pares necesarios por cada miembro de poblaciones clave, así como sobre la formación, la supervisión y la gestión relacionadas.²⁸ Aunque los trabajadores pares trabajan como un equipo, el enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza les conecta con otros elementos de dicha plataforma.

La figura 3 ofrece un ejemplo de organigrama de agentes de divulgación entre pares y sus supervisores en una plataforma de acceso de confianza. Las ratios pueden variar según la población y los recursos disponibles. El anexo 2 ofrece más detalles sobre la gestión de la divulgación y las funciones del equipo.

Figura 3. Ejemplo de organigrama de agentes de divulgación entre pares en una plataforma de acceso de confianza



Existen varios elementos para establecer y gestionar una divulgación eficaz entre pares. Los principales son los siguientes:

- Selección de agentes de divulgación entre pares (y participación de la comunidad general en este proceso).
- Formación preparatoria y continua.
- Provisión de herramientas de apoyo para los trabajadores pares.
- Supervisión de la divulgación entre pares.
- Microplanificación.
- Remuneración.

Selección de agentes de divulgación entre pares

La selección se lleva a cabo de manera que fomente la confianza. Por ejemplo, puede que convenga que los trabajadores pares compartan el mismo género (para llegar a las mujeres que consumen drogas), estado serológico respecto al VIH (para la navegación entre pares), edad (para llegar a los trabajadores del sexo de más edad) o entorno de trabajo y experiencias (p. ej., agentes de divulgación entre pares que han trabajado en burdeles para los trabajadores del sexo). Implicar a las poblaciones clave en la definición y selección de educadores de pares ayuda a tener en cuenta las preferencias locales. Las características que se deben valorar al seleccionar a los agentes de divulgación entre pares son las siguientes (adaptadas a partir de la herramienta de ejecución para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres²⁹):

- Activos en la comunidad y disponibles en los lugares necesarios.
- Comprometidos con los objetivos de los programas.
- Conocedores del contexto local.
- Aceptados por la comunidad y responsables ante ella.
- Tolerantes y respetuosos con los distintos perfiles de las poblaciones clave.
- Capacidad para mantener la confidencialidad.
- Capacidad de escucha, comunicación y relaciones interpersonales.
- Seguros de sí mismos y con potencial de liderazgo.
- Buenos modelos de las conductas que promueven.
- Dispuestos a aprender y experimentar sobre el terreno.
- Disponibles para apoyar a los pares afectados por la violencia o en situación de emergencia.

Es necesario que las ratios entre los agentes de divulgación y los beneficiarios sean adecuadas. Varios estudios han demostrado que una ratio de un agente de divulgación entre pares por cada 80-90 trabajadores del sexo, y de uno por cada 40-50 hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, es adecuada para mantener los contactos necesarios, aunque la proporción más adecuada variará a nivel local en función de la densidad del emplazamiento, los riesgos, etc.³⁰ Sin embargo, las ratios deben basarse en los lugares donde se llevan a cabo los programas. Así, en zonas donde las comunidades de poblaciones clave estén más cohesionadas y sea más fácil llegar a ellas, un educador de pares puede trabajar con un número mayor de beneficiarios.

Del mismo modo, las ratios deben reflejar las tareas específicas de cada agente de divulgación entre pares. Por ejemplo, los navegadores de pares que asisten a las poblaciones clave que viven con el VIH en el acceso y la observancia del tratamiento suelen trabajar con ratios de 1:20-30, lo que refleja una mayor carga de trabajo como consecuencia de la necesidad de colaborar con quienes gestionan los casos clínicos o los requisitos adicionales de confidencialidad asociados a su trabajo.

Formación preparatoria y continua

Los agentes de divulgación entre pares deben recibir una formación estándar que proporcione todos los conocimientos necesarios para desempeñar su función (teniendo en cuenta que los equipos pueden tener funciones diferentes). La formación también debe abarcar competencias como la microplanificación, el monitoreo y la seguridad. Se proporcionará formación continua y herramientas de apoyo como reciclaje o para que las funciones de los agentes de divulgación entre pares cubran más competencias o servicios.

Supervisión

La supervisión es una parte esencial de los programas de agentes de divulgación entre pares, puesto que garantiza su efectividad y ofrece el apoyo que necesitan si se ven envueltos en situaciones complejas relacionadas con la seguridad y la salud mental. La supervisión suele ser responsabilidad de líderes pares con más experiencia o más veteranos que poseen los conocimientos de lectoescritura y aritmética necesarios. Asimismo, es importante para el monitoreo continuo de las actividades de divulgación y para la adaptación a medida que surgen nuevas necesidades o situaciones. La supervisión de apoyo de los educadores de pares, frecuentemente en manos de los supervisores, implica monitorear los avances respecto a una serie de metas y planificar el trabajo posterior.

Al igual que ocurre con las ratios de trabajadores pares, las ratios de supervisores variarán en función del contexto, aunque, en general, cada uno de ellos podrá apoyar a entre cinco y diez agentes de divulgación entre pares. Es posible que sea necesario reducir las ratios cuando los agentes se encarguen del apoyo a la observancia o la reducción de daños.

Microplanificación

La microplanificación, o la planificación a nivel local, es un pilar esencial para la eficacia de la divulgación entre pares. Se basa en un conocimiento exhaustivo de las comunidades de poblaciones clave mediante el mapeo de los lugares donde se congregan e interactúan con los educadores de pares. Capacita a las comunidades de poblaciones clave para dirigir los programas centrandolo el monitoreo y la toma de decisiones a nivel local.

En la microplanificación, los supervisores de pares celebran reuniones individuales semanales o quincenales con cada educador para analizar la semana o dos semanas de trabajo previo (recopilación de formularios o introducción de datos para el monitoreo) y planifican el trabajo de la semana siguiente.

Se han diseñado varias herramientas para la microplanificación:^{31,32,33,34}

- Mapa de densidad de población en el área. Ayuda a planificar el número de educadores de pares necesarios en cada zona y a priorizar la divulgación en función de la densidad de la población.
- Análisis del área. Ayuda a determinar el tipo de educador de pares que debe seleccionarse y a planificar el calendario de las actividades de divulgación en cada zona.

- Lista de contactos. Ayuda a identificar la red social del educador de pares en cada zona para confirmar si es el lugar ideal para que realice su labor. También contribuye a seleccionar trabajadores pares para nuevos emplazamientos. A menudo, estas listas son anónimas o utilizan apodos para garantizar la privacidad.
- Formulario de registro de pares. Ayuda a comprender el riesgo y la vulnerabilidad de cada población clave y a elaborar un plan individualizado. También ayuda a crear el plan de trabajadores pares.
- Plan de trabajadores pares. Permite a un trabajador par planificar las actividades de divulgación que tendrán lugar el mes siguiente en función de las necesidades individuales de las poblaciones clave, dando prioridad a quienes requieren más atención y apoyo, incluidos los recién llegados a la comunidad.
- Calendario de divulgación para educadores de pares. Ayuda a hacer un seguimiento de todas las poblaciones clave dentro de cada cohorte.
- Herramienta de denuncia de incidentes violentos. Documenta los incidentes violentos y proporciona el apoyo necesario. También ayuda a garantizar la derivación a servicios de asistencia médica y jurídica y a abogar contra la violencia a partir de la evidencia disponible.
- Análisis de falta de oportunidades. Identifica los motivos de las deficiencias y formula planes para abordarlas aprovechando al mismo tiempo las oportunidades existentes para mejorar el programa.

Remuneración e incentivos

Los trabajadores pares deben ser compensados por su trabajo. Lo ideal sería que sus condiciones estuvieran estandarizadas dentro de un programa o país.

Consideraciones estructurales para la divulgación entre pares

Aunque los programas de divulgación entre pares ayudan a superar algunos de los obstáculos a los que se enfrentan las poblaciones clave debido a la estigmatización y la criminalización, los propios programas pueden hacer frente a esos mismos obstáculos. Los agentes de divulgación entre pares, por el hecho de estar en primera línea, pueden verse expuestos a problemas de seguridad. Por lo tanto, es esencial que los programas de divulgación entre pares identifiquen y aborden permanentemente los problemas estructurales que puedan repercutir en su labor. Para ello puede ser necesario:

- Trabajar con comunidades, líderes, fuerzas del orden y otras personas influyentes a nivel local para promover la aceptación y legitimidad del programa y garantizar su protección (puede incluir actividades de sensibilización).
- Establecer una estructura de apoyo para los educadores de pares afectados por la violencia y otros problemas de seguridad.
- Integrar medidas de seguridad y protección en el programa mediante la evaluación de riesgos, la formación de agentes de divulgación entre pares, el registro de incidentes, procedimientos de respuesta a emergencias y prácticas de trabajo seguras.
- Garantizar que los datos sobre los trabajadores pares y las poblaciones clave se almacenen de forma segura y confidencial.³⁵

- Contar con medios de comunicación seguros para informar sobre emergencias e incidentes de seguridad durante las actividades de divulgación.
- Obtener la aprobación oficial de las actividades del programa, incluido un permiso por escrito y tarjetas de identificación. Sin embargo, esto no siempre es apropiado y los enfoques deben adaptarse al contexto.
- Garantizar que los agentes de divulgación entre pares estén familiarizados con la estigmatización y la discriminación y puedan abordarlas a nivel comunitario, incluida la estigmatización internalizada entre sus pares.
- Monitorear los incidentes de seguridad y las vulneraciones de los derechos humanos.
- Proporcionar apoyo parajurídico y acceso a servicios jurídicos y mecanismos de reparación.

Consideraciones presupuestarias

Los puntos clave que hay que tener en cuenta a la hora de presupuestar los programas de divulgación entre pares son los siguientes:

- El número de educadores de pares debe ser suficiente en función de la población de la localidad y de las ratios necesarias, al igual que el de supervisores.
- Remuneración, reembolso de gastos de viaje o teléfono, formación inicial, formación de reciclaje y materiales de microplanificación (p. ej., formularios, bolígrafos, lápices, tabletas con los costos asociados de desarrollo y adaptación de software y conectividad), en función del número de educadores de pares. La formación adicional puede integrar el tratamiento, los derechos humanos y la educación sobre cuestiones jurídicas, aumentar la demanda de pruebas de carga viral, nuevas formulaciones de PrEP, problemas relacionados con la seguridad y nuevos retos para la comunidad (como la covid-19 o la mpox).
- Actividades de microplanificación y validación del emplazamiento mediante formularios, análisis de datos, remuneración y apoyo para los viajes.
- Cantidad suficiente de preservativos, lubricantes, kits de pruebas, agujas y otros productos para la reducción de daños. Aunque es probable que se adquieran de forma centralizada, es importante calcular las cantidades necesarias en cada lugar.

Véase en el [anexo 1](#) la comparación de costos para la divulgación entre pares dirigida a las poblaciones clave.

Lecturas recomendadas

- Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. A handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative.* Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); consultado el 2 de marzo de 2025).
- Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. *Microplanning at scale with key populations in Kenya: optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization.* PLoS One. 2018 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; consultado del 2 de marzo de 2025).
- Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania.* Coalición Mundial para la Prevención del VIH, South to South Learning Network; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; consultado el 2 de marzo de 2025).
- Draft standard operating procedure to implement effective community-led outreach and microplanning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania.* Nairobi: Partners for Health and Development in Africa; 2024 (<https://drive.google.com/file/d/1t7gb8ITAJgeNWK3PVyt5ghXGwpk9W8zE/view?usp=sharing>; consultado el 2 de marzo de 2025).
- Thompson LH, Bhattacharjee P, Anthony J, Shetye M, Moses S, Blanchard J. *A systematic approach to the design and scale-up of targeted interventions for HIV prevention among urban female sex workers.* Karnataka Health Promotion Trust. Washington D. C.: Banco Mundial, 2012 (<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/336971468151769158/a-systematic-approach-to-the-design-and-scale-up-of-targeted-interventions-for-hiv-prevention-among-urban-female-sex-workers>; consultado el 2 de marzo de 2025).
- USAID, PEPFAR, Linkages, Fundación Bill y Melinda Gates, Universidad de Manitoba. *Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care and treatment programs.* Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; consultado el 2 de marzo de 2025).

1.2.2. Prestación de servicios virtuales

¿En qué consiste?

Las plataformas virtuales han transformado la forma de obtener información y servicios. A medida que ha aumentado la conectividad, también ha cambiado la forma en que las personas interactúan. Como cualquier otro grupo, muchos miembros de las poblaciones clave utilizan teléfonos o plataformas en línea para obtener información (por ejemplo, sobre el autocuidado), encontrar pareja o a otros usuarios, recibir servicios de salud o comprar productos sanitarios. Esta sección explora cómo se pueden desarrollar y utilizar los espacios virtuales para llegar a las poblaciones clave que tienen acceso a estos servicios como parte de las plataformas de acceso de confianza. Aunque se centra en las plataformas en línea y virtuales que desarrollan y utilizan los socios ejecutores de los programas, la sección 1.2.6. Acceso a los servicios a través de otros actores, presenta modalidades en línea que son propiedad o están gestionadas por terceros, y que también pueden aprovecharse como parte de las plataformas de acceso de confianza.



Los enfoques en línea son especialmente relevantes para las poblaciones clave cuando reunirse en persona con los trabajadores sanitarios o agentes de divulgación conlleva un riesgo de estigmatización, acoso o arresto.

A medida que las redes sociales han evolucionado, ha sido posible dirigir con mayor precisión la divulgación o las conversaciones, por ejemplo, mediante chats grupales o individuales, aplicaciones de asesoramiento y toma de decisiones y derivaciones. Determinados tipos de servicios de asesoramiento, por ejemplo, para la salud mental, pueden prestarse virtualmente por teléfono o mediante chats o videollamadas a quienes tienen acceso a internet y smartphones. Además, los enfoques de inteligencia artificial están modificando cada vez más las formas de ofrecer programas en línea y aumentando la gama de servicios que pueden ofrecerse.

¿Qué servicios se prestan?

Los servicios en línea pueden sustituir o complementar el contacto en persona, por lo que permiten prestar algunos de los servicios que tradicionalmente se ofrecen mediante la divulgación física entre pares, como la educación sobre cuestiones sanitarias y la información sobre prevención del VIH y reducción de daños. Al igual que la divulgación entre pares, pueden actuar como puente hacia los servicios físicos cuando se utilizan para informar sobre dónde se pueden obtener preservativos o qué establecimientos de salud son de confianza.

También pueden ayudar a llegar a comunidades de poblaciones clave mucho más amplias que las que acuden a los servicios presenciales, por ejemplo, las personas que no quieren revelar su estado o identidad, quienes no desean asociarse con comunidades de poblaciones clave, o aquellos que quieren acceder de forma rápida y anónima a los servicios de VIH porque temen que su comunidad descubra su estado o por diferencias comunitarias. El apoyo virtual también puede contribuir al autocuidado. La tabla 4 presenta una muestra de servicios que se prestan habitual u ocasionalmente mediante plataformas en línea o virtuales.

Un informe técnico que ONUSIDA y la OMS publicaron en 2022 explica brevemente el potencial de estos enfoques:

"El manejo virtual de casos (también conocido como comunicación dirigida al usuario) es una intervención virtual utilizada para tratar a personas que viven con el VIH u otras enfermedades. Suele implicar el uso de herramientas virtuales para apoyar a los usuarios en su trayectoria e interacción con el sistema de salud tras el diagnóstico. El manejo virtual de casos puede promover modelos de prestación de servicios diferenciados, por ejemplo, comunitarios o a domicilio, para el inicio y la renovación del tratamiento antirretroviral y la PrEP, consultas y apoyo virtuales, recordatorios para los usuarios automáticos o dirigidos por el proveedor, y chatbots, entre otros. Una vez que se llega a ellos, los usuarios interesados pueden recibir apoyo virtual mediante enfoques adaptados y centrados en sus necesidades para acceder a los servicios. Los servicios pueden ser totalmente virtuales (p. ej., distribución de kits de autodiagnóstico, pedidos y prestación en línea, apoyo virtual) o promover la búsqueda virtual y la posterior derivación a establecimientos (p. ej., para someterse a pruebas de confirmación tras el autodiagnóstico del VIH o iniciar la PrEP o el tratamiento antirretroviral). Estos enfoques pueden ser especialmente útiles para vincular a las personas con servicios como la profilaxis posterior a la exposición (PEP), los servicios de intercambio de agujas y jeringas, el tratamiento de sustitución de opiáceos, las pruebas del VIH, la identificación y derivación de personas con síntomas de ITS o VIH, la anticoncepción, los servicios de salud mental y el apoyo a las personas que sufren violencia, así como para acompañar al usuario desde que inicia el tratamiento antirretroviral hasta que consigue la supresión viral." ³⁶

Tabla 4: Servicios prestados a través de programas en línea y virtuales

Prestados habitualmente a través de programas en línea y virtuales	Prestados ocasionalmente a través de programas en línea y virtuales (en función de las necesidades, la formación y las responsabilidades)
Asesoramiento de apoyo	Preservativos y lubricantes
Información y educación que ayudan a que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos	PrEP para el VIH
Intervenciones para aumentar la demanda (generación de demanda) de servicios de VIH, hepatitis virales e ITS basados en la evidencia (derivación a otros servicios)	PEP para el VIH y otras ITS
	Pruebas (pruebas de autodiagnóstico del VIH)
	Tratamiento del VIH (incluido el apoyo a la observancia)
	Asesoramiento sobre cuestiones de salud mental
	Abordar la violencia

Además de los servicios enumerados en la tabla, se pueden utilizar mecanismos en línea para facilitar el acceso a servicios físicos, por ejemplo, mediante reservas y derivaciones, que también permiten recabar las opiniones de los usuarios de los servicios sobre las actitudes y el trabajo de los proveedores.

¿Cómo se lleva a cabo?

Al igual que el resto de la población, las poblaciones clave utilizan internet de forma natural y suelen encontrar las plataformas y los servicios que mejor se adaptan a sus necesidades. Por lo tanto, es importante empezar por comprender qué sitios y aplicaciones son populares entre las poblaciones clave (incluidas las personas de diferentes subcategorías que a menudo tienen diferentes preferencias), cómo las utilizan y por qué. Además, es necesario conocer cómo cambian los hábitos de las comunidades en el uso de internet, puesto que es dinámico y puede evolucionar con rapidez. Conocer estas cuestiones es más fácil gracias a la colaboración activa con miembros de las poblaciones clave, que constituye uno de los pilares del enfoque centrado en las plataformas de acceso de confianza. Se han desarrollado herramientas para identificar las redes sociales que los programas pueden utilizar como base para diseñar enfoques en línea.³⁷

A diferencia de los elementos físicos de las plataformas de acceso de confianza analizados en este informe, los enfoques en línea o virtuales no se limitan a un lugar determinado. Esto ofrece grandes oportunidades en el sentido de que los servicios de asesoramiento, las líneas de asistencia telefónica o la orientación pueden prestarse con un enfoque nacional o incluso transnacional. La guía de ONUSIDA y la OMS sobre programación virtual ofrece asesoramiento sobre cómo pueden colaborar los programas con miembros de poblaciones clave para diseñar, planificar y prestar servicios virtuales.³⁸

Si las poblaciones clave acceden fácilmente a servicios de buena calidad en los que confían a través de enfoques en línea, los programas podrán aumentar las ratios necesarias para la divulgación en persona (véase la sección anterior) (cuadro 6).

Cuadro 6.

Prestación virtual para poblaciones clave: un ejemplo de FHI 360³⁹

"Entre 2017 y 2021, FHI 360 implantó una plataforma de divulgación y de reservas en línea (ORA) en Malí, Nepal y Tailandia. Se llevó a cabo un conjunto único de actividades adaptadas al contexto, necesidades y recursos locales con el fin de promover la divulgación sobre el VIH en las comunidades mediante agentes de divulgación en línea, teniendo en cuenta las aplicaciones de redes sociales más populares y la cobertura de internet en cada país.

Las intervenciones incluyeron medidas para generar demanda en línea, como anuncios pagados y promociones periódicas realizadas por influencers en las redes sociales, y consiguieron llegar a las personas de las poblaciones prioritarias. Más de dos tercios (69%) de los usuarios que reservaron cita a través de la plataforma ORA se sometieron a las pruebas por primera vez (47% en Malí y 81% en Nepal). La positividad del VIH fue mayor que en los programas de divulgación tradicionales (un 6,3% frente al 4,4% en Tailandia, un 10,1% frente al 3,6% en Nepal, y un 15,6% frente al 11,2% en Malí).

La divulgación en línea a través de la plataforma ORA contribuyó a los objetivos generales de prevención, realización de pruebas y detección de casos en los tres países. En Tailandia, entre julio de 2017 y marzo de 2021, la divulgación en línea representó el 10% de todas las personas beneficiarias del programa, el 11% de todas las personas que se sometieron a pruebas del VIH y el 15% de todas las que dieron positivo. En Nepal, entre octubre de 2018 y marzo de 2021, la divulgación en línea representó el 9% de todas las personas beneficiarias, el 4% de todas las personas que se sometieron a pruebas del VIH y el 11% de todas las que dieron positivo".

Por lo tanto, merece la pena invertir en programas en línea a escala nacional. Al mismo tiempo, es necesario establecer vínculos entre la prestación en línea y los servicios físicos a los que el usuario puede acceder. Los servicios en línea que están bien diseñados pueden conseguirlo. Por ejemplo, los agentes de divulgación entre pares que ofrecen un servicio nacional de asesoramiento en línea pueden acceder a información sobre servicios locales que les sirva para derivar a los usuarios.

Los miembros de las poblaciones clave deben participar siempre en el diseño y la ejecución de los servicios en línea y virtuales, y las organizaciones dirigidas por poblaciones clave pueden estar al frente de su ejecución.

Consideraciones estructurales para los programas en línea y virtuales

Aunque la programación en línea y virtual puede reducir la posibilidad de que las poblaciones clave sufran estigmatización, discriminación y violencia, no está exenta de riesgos. El anonimato que ofrecen las interacciones en línea puede proteger a las poblaciones clave, pero también facilitar que los agresores las ataquen sin consecuencias. La protección de datos y la confidencialidad son especialmente importantes cuando se recopilan grandes cantidades de información en línea. Aunque esta guía no se centra en esta cuestión, debe reconocerse que las plataformas en línea y los influencers también pueden ser una fuente de desinformación, por lo que los programas deben tener la capacidad de contrarrestar estos riesgos. Se pueden adoptar las siguientes medidas de protección:

- Integrar medidas de seguridad y protección en los programas en línea mediante la formación de agentes de divulgación entre pares y otros proveedores, el registro de incidentes y amenazas, procedimientos de respuesta a emergencias y prácticas de trabajo seguras.
- Tener en cuenta las políticas de seguridad, protección y privacidad de los datos, en consulta con los miembros de la comunidad, a la hora de desarrollar o trabajar con plataformas virtuales.
- Identificar diferencias en el acceso a teléfonos o smartphones entre poblaciones clave.
- Establecer y utilizar mecanismos para garantizar el anonimato, la confidencialidad y la protección de datos en todos los programas en línea.
- Monitorear los espacios en línea privados y públicos para detectar casos de acoso, abuso, revelación de datos personales, incitación al odio y desinformación, e instituir mecanismos para responder a ellos de forma segura.

Consideraciones presupuestarias

Como se ha señalado previamente, existen muchos tipos de programas en línea y virtuales y es probable que se planifiquen y costeen a nivel nacional en lugar de local. Entre los costos asociados pueden estar los siguientes:

- Infraestructura y desarrollo (si se crean nuevos productos en lugar de aprovechar plataformas existentes).
- Creación de contenidos.
- Formación de quienes participan en la divulgación y en la prestación de otros servicios en línea.
- Costos de conexión a internet y datos para quienes ejecutan los programas y gastos relacionados con la provisión de acceso a datos de bajo costo para las poblaciones clave.
- Equipos.
- Suscripciones a plataformas virtuales o en línea.
- Medidas de seguridad y protección.

Es poco probable que se presupuesten productos de prevención básicos como parte de la programación virtual, ya que se obtendrían en espacios físicos a los que se derivaría a los usuarios de los espacios virtuales.

Lecturas recomendadas

- FHI 360. *Creating virtual safe spaces for people affected by HIV*, 2022 (<https://shortyawards.com/7th-impact/creating-virtual-safe-spaces-for-people-affected-by-hiv-providing-stigma-free-mental-health-care>; consultado del 5 de marzo de 2025).
- Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia*. Durham, NC: FHI 360, 2022 (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; consultado el 24 de noviembre de 2025).
- Going online to accelerate the impact of HIV programs*. Durham, NC; FHI 360 Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vision-going-online.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Quick online surveys—for planning online HIV outreach and service delivery*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-surveys-planning-online-outreach.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Social influencer outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-influencer-outreach.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2020).
- Social network outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-network-outreach.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Safe queers. *Empowering LGBTQ+ organizations in at-risk areas to protect themselves digitally*. 2020 (<https://safequeers.org/>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate*. ONUSIDA, OMS. Nota normativa. Ginebra: ONUSIDA, 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; consultado el 14 de abril de 2025).
- Budgeting and resource planning guidance for implementing virtual interventions as part of HIV responses*. Ginebra: OMS, 2025 (<https://www.who.int/publications/item/9789240105713>).

1.2.3. **Prestación de servicios a través de espacios comunitarios seguros**

¿En qué consisten?

Los espacios comunitarios seguros son lugares a los que los miembros de las poblaciones clave pueden acudir en busca de apoyo, refugio, asesoramiento y descanso, así como para recibir servicios de VIH o relacionados con la salud. Son diversos y pueden incluir centros comunitarios de asistencia, espacios dentro de una organización de poblaciones clave u otra organización de la sociedad civil, el domicilio de un miembro de la comunidad o incluso una sala específica en un establecimiento de salud convencional. Lo más importante es que los miembros de las poblaciones clave pueden confiar en que son espacios realmente seguros. Son más efectivos cuando se puede acceder fácilmente a ellos y están ubicados en zonas donde estas poblaciones viven o se reúnen.



Los espacios comunitarios seguros siempre cuentan con miembros de las poblaciones clave como personal o voluntarios, y a menudo los gestionan directamente las propias organizaciones dirigidas por poblaciones clave.

¿Qué servicios se prestan?

Dado que los espacios comunitarios seguros varían considerablemente en lo que respecta a su naturaleza y capacidad, pueden prestar una amplia variedad de servicios, como se muestra en la tabla 5. Casi siempre permiten ofrecer, de manera permanente y segura, algunos de los servicios disponibles a través de la divulgación entre pares. Además, suelen estar abiertos a prestar servicios colectivos o grupales que contribuyan al empoderamiento de la comunidad. Algunos espacios comunitarios seguros se han mejorado para ofrecer servicios clínicos, ya sea contratando directamente a profesionales sanitarios o colaborando con personal médico de otros establecimientos que acude periódicamente a ellos para consultas programadas. Sin embargo, incluso sin un componente clínico, estos espacios ayudan a aumentar y mantener la demanda de servicios y la capacidad de las poblaciones clave para organizarse y defender sus propios intereses.

Tabla 5: Servicios prestados a través de espacios comunitarios seguros

Prestados habitualmente a través de espacios comunitarios seguros	Prestados ocasionalmente a través de espacios comunitarios seguros (en función de las necesidades, la formación y las responsabilidades)
Empoderamiento de la comunidad	Abordar la violencia
Preservativos y lubricantes	Reducción de daños (programas de intercambio de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y naloxona)
Asesoramiento de apoyo	PrEP y PEP
Información y educación para que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos	Pruebas del VIH (incluidas las de autodiagnóstico)
	Tratamiento del VIH u otro tratamiento (apoyo a la observancia)
	Intervenciones de salud general
Derivación a otros servicios	Asesoramiento sobre cuestiones de salud mental

¿Cómo se lleva a cabo?

Como siempre, el punto de partida para establecer un espacio seguro es la propia comunidad. Los miembros de las poblaciones clave deben identificar la ubicación, la accesibilidad, la configuración y las características del espacio (p. ej., horarios de apertura, instalaciones) y, para hacerlo de forma eficaz, necesitan estar informados de los recursos disponibles. También pueden identificar emplazamientos ya existentes, como lugares de reunión de la comunidad, el domicilio de un miembro de la comunidad o un establecimiento de salud, que apoyen y acojan a las poblaciones clave y que puedan adaptarse para utilizarlos como espacio seguro.

Debido a la amplia gama de servicios que pueden prestarse a través de un espacio comunitario seguro, es necesario reevaluarlos periódicamente para ver si es posible ampliar o modificar su oferta. También es necesario mantener estrechos vínculos entre los espacios seguros y los programas de divulgación. De hecho, los espacios comunitarios seguros a menudo se utilizan para la planificación y reunión de los agentes de divulgación entre pares, y pueden servir de almacén de preservativos, lubricantes, etc.

Consideraciones estructurales sobre los espacios comunitarios seguros

Es necesario garantizar que estos espacios sean seguros en todo momento, que protejan la privacidad y que cuenten con la aceptación de las comunidades. Pueden enfrentarse a muchos de los retos que se les ha encomendado abordar en primer lugar. Es fundamental garantizar que los espacios seguros y las actividades que se llevan a cabo en ellos sean legales y cuenten con el reconocimiento y el apoyo de las autoridades locales y las fuerzas del orden, sobre todo en entornos altamente

estigmatizados y criminalizados, con el fin de evitar que atraigan una atención negativa.

Los espacios seguros contarán con protocolos de seguridad que contemplen medidas y formas seguras de trabajar, así como de confidencialidad. Deben estar situados en lugares que no aumenten su exposición a las críticas ni a sufrir ataques de la comunidad general o de los líderes y autoridades locales.

Consideraciones presupuestarias

Es necesario mantener al mínimo los costos de los espacios seguros, sobre todo si se integran en ubicaciones o establecimientos ya existentes. Sin embargo, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones clave para un espacio seguro básico:

- Alquiler.
- Renovación.
- Mobiliario.
- Servicios públicos.
- Espacio de almacenamiento.
- Instalaciones apropiadas para prestar servicios clínicos cuando estos se ofertan.
- Personal (los agentes de divulgación entre pares remunerados y otros miembros de la comunidad pueden participar en la dotación de personal del espacio seguro).
- Comunicación y acceso a internet.
- Medidas de seguridad física, según corresponda, como personal de seguridad y vigilancia por circuito cerrado de televisión.
- Aunque es probable que los preservativos, lubricantes, kits de pruebas, agujas y otros productos de reducción de daños se adquieran de forma centralizada, es importante calcular los volúmenes necesarios en cada emplazamiento para disponer de cantidades suficientes.

Otras consideraciones pueden incluir requisitos para mejorar la capacidad, por ejemplo, para poner en marcha consultas diurnas o talleres con miembros de la comunidad.

Cuando los espacios comunitarios seguros los crean o gestionan organizaciones dirigidas por la comunidad, es fundamental invertir en reforzar su capacidad de gestión y gobernanza.

Lecturas recomendadas

Trust and choice: Increasing access to HIV services for LGBT people in Mozambique & Uganda. Brighton: Frontline AIDS, 2021 (<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2021/04/FLA-LGBT-Platform-Guide-EN-WEB.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).

ICAP in DRC provides HIV health services, and supportive, safe spaces to key populations. Nueva York: ICAP Columbia University, 2024 (<https://icap.columbia.edu/news-events/icap-in-drc-provides-hiv-health-services-and-supportive-safe-spaces-to-key-populations/>; consultado el 4 de marzo de 2025).

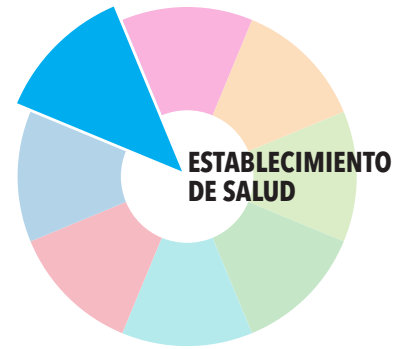
Mathews C, DUBY Z, Bunce B, van Blydenstein N, Bergh K, Ambrose A. *Safe spaces for beneficiaries of a combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women in South Africa: access, feasibility, and acceptability*. BMC Publ Health. 2022;21:22(1):1026 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9123612/>; consultado el 4 de marzo de 2025).

Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Ginebra: OMS, 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; consultado el 4 de marzo de 2025).

1.2.4. **Prestación de servicios a través de establecimientos de salud**

¿En qué consisten?

Los establecimientos de salud incluyen centros de atención primaria o clínicas especializadas dentro de los hospitales (p. ej., departamentos de enfermedades infecciosas o VIH, clínicas de ITS, planificación familiar, reducción de daños o tratamiento de las adicciones). Son un componente esencial de una plataforma de acceso de confianza para las poblaciones clave, especialmente cuando los servicios clínicos no se prestan, o se ofrecen de forma limitada, en espacios comunitarios seguros o servicios clínicos móviles. Para formar parte de una plataforma de acceso de confianza, los establecimientos de salud deben estar capacitados para atender a las poblaciones clave. El cuadro 7 describe las características de un establecimiento de salud de este tipo.



Cuadro 7

¿En qué consiste un establecimiento de salud capacitado para atender a las poblaciones clave?

Un establecimiento de salud capacitado para atender a las poblaciones clave:

- Cuenta con la confianza de los usuarios de las poblaciones clave, que pueden acceder a la clínica sin miedo a recibir un trato inadecuado.
- Implica a los líderes o pares de las poblaciones clave en el diseño, la prestación y el monitoreo de los servicios.
- Presta servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva de calidad que cubren las necesidades de las poblaciones clave.
- Respeto la confidencialidad y la privacidad de los usuarios de los servicios (p. ej., mediante salas de consulta o zonas de espera privadas, prescindiendo de señales, etiquetas o materiales que puedan estigmatizar, etc.).
- Presta servicios sin juzgar, coaccionar ni discriminar, y no exige a los usuarios que abandonen comportamientos considerados "de riesgo".
- Tiene horarios adaptados a las necesidades de las poblaciones clave.
- Cuenta con medidas de seguridad para proteger las instalaciones, al personal y a los usuarios de los servicios.
- Recopila y almacena datos confidenciales de los usuarios de forma segura, protegiendo la confidencialidad y el anonimato.
- Cuenta con un sistema para reaccionar y responder a la estigmatización, la discriminación y la violencia que tienen lugar dentro de las instalaciones.
- Monitorea regularmente el acceso a los servicios para evaluar la disponibilidad, adecuación, aceptabilidad y calidad de su provisión.

- Pueden ser establecimientos de salud independientes (ya sean públicos o privados) o funcionar como organizaciones no gubernamentales o comunitarias (es decir, sin ánimo de lucro).

Los programas para poblaciones clave suelen incluir clínicas especializadas que se crean y gestionan casi exclusivamente en beneficio de estos grupos. Este enfoque puede ser muy efectivo, pero solo es viable si el programa cuenta con recursos adecuados, si un gran número de miembros de poblaciones clave requiere este tipo de servicios, y si el establecimiento puede operar de forma segura y dentro de la ley. Los establecimientos especializados pueden ser vulnerables a las fluctuaciones en el financiamiento y a los problemas de seguridad a nivel comunitario, sobre todo si se asocian con el hecho de prestar atención a poblaciones muy estigmatizadas.

Los establecimientos de salud públicos o privados ya existentes pueden formar parte de una plataforma de acceso de confianza destinada a las poblaciones clave siempre que estén capacitados para atenderlas y adaptados para prestar los servicios que necesitan en el momento oportuno y de forma confidencial y no estigmatizante (figura 7). Los miembros de diferentes poblaciones clave a veces optan por establecimientos públicos en los que confían para recibir una atención segura y no discriminatoria, pero suele ser necesario ofrecer formación y recursos con el fin de garantizar que estos centros estén capacitados para atenderlos.

Las características de los establecimientos públicos y privados varían considerablemente de un lugar o jurisdicción a otros. La mayoría son independientes, pero algunos pueden formar parte de una red o mecanismo de seguro de salud general. Los miembros de las comunidades de poblaciones clave en ocasiones prefieren los establecimientos privados, sobre todo cuando prestan servicios de forma más discreta y confidencial. Sin embargo, los establecimientos privados no siempre ofrecen una gama completa de servicios y utilizarlos suele plantear importantes obstáculos económicos. Los programas pueden colaborar con establecimientos privados para que estos presten servicios subvencionados o gratuitos a poblaciones clave, por ejemplo, sufragando las primas de seguro o mediante reembolsos a los usuarios que cumplan determinados criterios.

Del mismo modo, los centros de atención primaria y los establecimientos públicos especializados (p. ej., los dedicados a enfermedades infecciosas, el VIH o la drogodependencia) tienen capacidades y potenciales diferentes a la hora de atender a las poblaciones clave.

¿Qué servicios se prestan?

Tabla 6: Servicios prestados a través de establecimientos de salud

Prestados habitualmente a través de los establecimientos de salud	Prestados ocasionalmente a través de establecimientos de salud (en función de las necesidades, la formación y las responsabilidades)
Preservativos y lubricantes	Reducción de daños (programas de intercambio de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y naloxona)
Pruebas (VIH, ITS, hepatitis)	Abordar la violencia
Tratamiento (incluido el apoyo a la observancia)	Asesoramiento de apoyo
Atención de emergencia tras episodios violentos o traumáticos	Información y educación para que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos
PEP y PrEP	Creación de demanda de servicios
Intervenciones de salud general	Asesoramiento sobre cuestiones de salud mental
Derivación a otros servicios	

Las clínicas especializadas en poblaciones clave suelen ofrecer un conjunto específico de servicios relacionados con el VIH y la salud sexual, sobre todo si están financiadas íntegramente por programas de VIH y si los recursos no permiten adoptar un enfoque más amplio. Esto también dependerá de las capacidades y especializaciones clínicas del personal que trabaje en el establecimiento. Sin embargo, cualquier establecimiento de salud puede potencialmente ofrecer una gama más amplia de intervenciones y servicios, incluido apoyo para el autocuidado (tabla 6).

Los establecimientos públicos o privados que no se dedican exclusivamente a las poblaciones clave suelen ofrecer una gama más amplia de servicios o, como en el caso de una clínica pública integrada de salud sexual y planificación familiar, derivan a los pacientes a otras especialidades dentro del mismo centro, aunque no estén cubiertas directamente por el financiamiento de los programas destinados a las poblaciones clave. Esto ofrece la oportunidad de responder a las necesidades sanitarias generales de los usuarios de los servicios.

Puesto que se recomienda que las poblaciones clave monitoreen regularmente su salud, los programas pueden optar por un sistema de revisiones trimestrales o semestrales. Las revisiones periódicas de la salud sexual ofrecen a los profesionales médicos la oportunidad de detectar, tratar y realizar el seguimiento del VIH y las ITS. Idealmente, también tratarán otras afecciones de salud comunes.

En el caso de las poblaciones clave que reciben PrEP o tratamiento antirretroviral, las visitas regulares son necesarias para el manejo clínico, el asesoramiento y la renovación de recetas. La frecuencia de las visitas dependerá de los medicamentos y los regímenes que se utilicen, y puede reducirse cuando los pacientes están estables.

Las personas que consumen drogas inyectables y reciben servicios de reducción de daños, así como quienes están en tratamiento para la tuberculosis, pueden necesitar visitas más frecuentes. Asistir regularmente a las clínicas contribuye a reducir la estigmatización, aunque el enfoque concreto que se adopte se basará en

las preferencias de las propias poblaciones clave. La OMS actualiza periódicamente las recomendaciones sobre las visitas clínicas necesarias para diferentes tipos de servicios, en función de la investigación más reciente. Además, las directrices nacionales suelen determinar estos requisitos.

¿Cómo se lleva a cabo?

Al igual que con los componentes previamente descritos, los principios fundamentales a la hora de colaborar con los establecimientos de salud son la confianza y el acceso. El punto de partida al trabajar con establecimientos ya existentes a fin de conseguir un acceso de confianza para las poblaciones clave es implicar en el proceso a los usuarios previstos de los servicios. Los miembros de las poblaciones clave aportarán información sobre sus preferencias, los servicios que necesitan, las ubicaciones y los horarios de atención, así como sobre las preocupaciones que deben abordarse en relación con el comportamiento y las actitudes del personal sanitario, la no discriminación, la seguridad y la confidencialidad. Esta interacción con los usuarios previstos de los servicios debe ser continua e incluir procedimientos para recabar sus observaciones de forma permanente, como el monitoreo comunitario, observatorios, reuniones de consulta a la comunidad y mecanismos en línea.

Para fomentar la confianza de la comunidad en un establecimiento de salud es necesario invertir en la sensibilización y la formación del personal del centro (incluido el personal clínico, administrativo y de seguridad) y aplicar políticas contra la discriminación. También puede ser necesario invertir en mejorar la accesibilidad del establecimiento, por ejemplo, ampliando el horario de apertura o habilitando horas específicas, o creando entradas, salidas o salas de espera independientes para las poblaciones clave. Las jornadas clínicas dedicadas a distintas poblaciones clave o las jornadas de salud familiar pueden ayudar a generar confianza.

Cuando los recursos lo permitan, invertir en la capacidad de los establecimientos de salud (ya sean especializados en poblaciones clave o dirigidos al público general) para prestar una gama más amplia de servicios puede mejorar su competencia y su forma de atender a las poblaciones clave. Entre los servicios adicionales pueden estar la atención para la reafirmación de género, la reducción de daños, la salud anal, el asesoramiento sobre la reducción de riesgos relacionados con el "chemsex" e información actualizada sobre nuevas fórmulas y regímenes para la prevención y el tratamiento del VIH. Los establecimientos deben contar con un suministro fiable de todos los productos básicos y equipos necesarios para prestar estos servicios.

Implicar a los miembros de las poblaciones clave en la prestación de servicios en un establecimiento de salud forma también parte de la competencia para atender a las poblaciones clave. Quienes hayan recibido la formación adecuada pueden prestar diversos servicios en el establecimiento, por ejemplo, las funciones de los agentes de divulgación entre pares previamente mencionadas, así como garantizar la derivación, el monitoreo y una coordinación sólida entre los establecimientos de salud y los servicios incluidos en la plataforma que se prestan tanto en la comunidad como en línea.

En cada lugar (ciudad o barrio), la plataforma de acceso de confianza puede estar formada por varios establecimientos de salud. Incluir tanto una clínica especializada como una pública amplía las opciones para las poblaciones clave y la variedad de servicios a los que pueden acceder.

Consideraciones estructurales para los establecimientos de salud

La estigmatización y la discriminación de las poblaciones clave puede ser especialmente notable en contextos clínicos. En entornos con altos niveles de estigmatización y discriminación, los miembros de las poblaciones clave tienen muy poca confianza en que se les trate de forma correcta y confidencial. Este es el motivo por el que los programas para poblaciones clave a menudo utilizan establecimientos especializados. Al trabajar con establecimientos públicos o privados ya establecidos, es necesario prestar especial atención a la necesidad de superar estos obstáculos. De lo contrario, las poblaciones clave no confiarán en ellos ni los utilizarán. Además de la participación activa de miembros de las poblaciones clave, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos al colaborar con cualquier tipo de establecimiento de salud:

- Abordar obstáculos jurídicos como la obligación de denunciar cualquier actividad ilegal.
- Responder a las actitudes estigmatizantes y discriminatorias de todo el personal (clínico, administrativo y de otro tipo) hacia las poblaciones clave mediante la sensibilización y la formación, así como mediante políticas pertinentes y mecanismos de rendición de cuentas en los establecimientos de salud.
- Monitorear y revisar periódicamente los incidentes y amenazas.
- Contar con medidas de seguridad y protección, incluidas de seguridad física, para proteger las instalaciones.
- Garantizar que se cuente con licencias de actividad mediante acuerdos con las autoridades sanitarias y locales.
- Garantizar que todas las actividades que se lleven a cabo sean legales, especialmente en entornos donde la legislación pueda tipificar como delito actividades de apoyo a las poblaciones clave.
- Contar con la comprensión y la aceptación de la comunidad general. En el caso de las clínicas especializadas, se pueden celebrar jornadas de puertas abiertas y garantizar que los servicios no se perciban como exclusivos para las poblaciones clave.
- Recibir y responder a las opiniones de los usuarios de los servicios (p. ej., a través del monitoreo comunitario, observatorios, consultas, etc.).

Consideraciones presupuestarias

Las consideraciones presupuestarias varían considerablemente dependiendo de si el establecimiento forma parte de un programa o ha sido establecido por él (p. ej., una clínica especializada en poblaciones clave), o si se trata de un centro público o privado ya existente. Entre los elementos clave que deben valorarse están los siguientes:

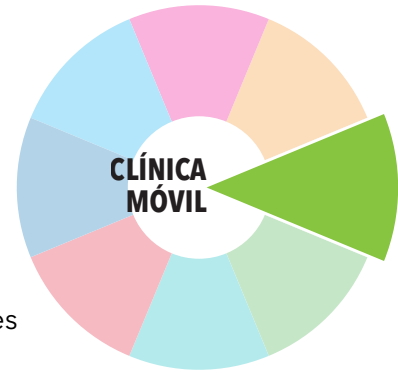
- Espacio para prestar servicios clínicos (clínica independiente o compartida con un espacio seguro/centro de asistencia) si no se utiliza la derivación a otros servicios.
- Equipamiento (p. ej., camilla de exploración, lámpara, equipos y reactivos de diagnóstico, espéculos o anoscopio, instalaciones de esterilización y eliminación de residuos, equipos y materiales para el registro de datos).
- Medicamentos (para ITS y el VIH; preferiblemente también para la planificación familiar y dolencias comunes).

- Preservativos, lubricantes, agujas y jeringas para distribuirlos en las clínicas.
- Formación y recursos necesarios para garantizar y mantener servicios libres de estigmatización y discriminación.
- Para derivaciones de confianza: formación de proveedores de atención sanitaria, monitoreo de la calidad y la aceptabilidad de la prestación de servicios, y seguimiento y promoción de la derivación a profesionales de confianza y de la retención en la atención.
- Establecimiento de un sistema de reservas electrónicas y creación de redes de derivación para la atención virtual o en línea.
- En función de la modalidad de prestación de servicios: salarios u honorarios del personal médico, espacio de la clínica, equipo de diagnóstico básico, así como reactivos, medicamentos, controles de calidad y suministros.
- Los programas que dependen exclusivamente de derivaciones de confianza a establecimientos de salud ya existentes probablemente tendrán menores costos de infraestructura y suministros, pero deberán invertir más en mecanismos que garanticen que las derivaciones se produzcan, se sigan y sean de buena calidad, así como en ganarse y mantener la confianza de las poblaciones clave en el servicio.
- Capacidad para ofrecer otros servicios de salud, de reducción de daños (p. ej., el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos) o de reafirmación de género que las poblaciones clave necesitan, y que no estarán necesariamente cubiertos por el financiamiento específico para el VIH. Además, algunos establecimientos pueden generar ingresos que contribuyan a su sostenibilidad ofreciendo procedimientos electivos mediante el pago por servicio (p. ej., eliminación de verrugas, depilación láser, etc.).

Lecturas recomendadas

- FHI (Oficina nacional de la India). *STI clinic supervisory handbook. Comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2008 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Kidd R, Clay S, Stockton M, Nyblade L. *Facilitator's training guide for a stigma-free health facility: training menus, facilitation tips, and participatory training modules*. Washington D. C.: Health Policy Project, 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDTrainingGuide.pdf; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Linkages. *Health4All. Training health workers for the provision of quality, stigma-free HIV services for key populations*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-h4all-2018.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Key populations manual for healthcare providers*. Harare: Ministerio de Salud y Cuidado Infantil, 2018 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/KP-Manual-Health-Providers-2018.pdf>, consultado el 4 de marzo de 2025).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. *Health care worker training: preventing and responding to violence against key populations*. Durham, NC: FHI 360, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).

1.2.5. Prestación de servicios a través de clínicas sanitarias móviles o clínicas de extensión



¿En qué consisten?

Las clínicas móviles son una forma de ofrecer servicios clínicos que resulta práctica para las poblaciones clave. Mediante un vehículo adaptado, es posible viajar a lugares donde se congregan los miembros de las poblaciones clave en los horarios que mejor les convengan. Las clínicas de extensión son clínicas temporales ubicadas en lugares donde se reúnen las poblaciones clave. Se instalan durante un breve período de tiempo en un lugar físico (p. ej., un bar o un club) en horarios adecuados para estos grupos. Estos dos modelos son especialmente útiles cuando no existen otros establecimientos en las inmediaciones o cuando los centros existentes no ofrecen a las poblaciones clave un acceso de confianza a los servicios.

¿Qué servicios se prestan?

Las clínicas móviles o de extensión pueden ofrecer un paquete de servicios similar al de los establecimientos de salud fijos, aunque el contenido exacto dependerá de los recursos, el tiempo disponible, etc. A veces pueden realizar intervenciones quirúrgicas sencillas. La tabla 7 describe servicios que se prestan habitual u ocasionalmente en estos establecimientos.

Tabla 7: Servicios prestados a través de clínicas móviles o de extensión

Prestados habitualmente a través de clínicas móviles o de extensión	Prestados ocasionalmente a través de clínicas móviles o de extensión (en función de las necesidades, la formación y las responsabilidades)
Preservativos y lubricantes	Reducción de daños (programas de intercambio de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y naloxona)
Pruebas (incluido apoyo para las pruebas de autodiagnóstico)	Intervenciones de salud general
Tratamiento (incluido el apoyo a la observancia)	Asesoramiento de apoyo
PrEP	Información y educación que ayudan a que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos
Creación de demanda de servicios	
Derivación a otros servicios	

¿Cómo se lleva a cabo?

Las clínicas móviles o las clínicas de extensión se utilizan en muchos contextos diferentes, sobre todo para atender a zonas remotas. Cuando hay recursos disponibles, también pueden ofrecer una opción para llegar a las poblaciones clave. Con menor frecuencia, los presupuestos de los programas dirigidos a poblaciones clave cubren totalmente estos establecimientos, aunque esto solo suele ocurrir cuando disponen de recursos considerables.

Es necesario contar con la colaboración de las poblaciones clave para determinar si las clínicas móviles son aceptables y de confianza, así como para definir aspectos como su horario de apertura, ubicación y seguridad en el acceso con el fin de evitar la estigmatización y promover su uso. El monitoreo continuo es importante para garantizar que los lugares donde se ofrecen servicios móviles sigan siendo seguros y de confianza, así como para identificar posibles nuevas ubicaciones.

Las clínicas móviles deben trabajar en estrecha colaboración con otros elementos de la plataforma, especialmente con los componentes de divulgación, para comprender y cubrir adecuadamente las necesidades de la población. De hecho, los agentes de divulgación suelen facilitar las visitas a las clínicas de extensión, por ejemplo, mediante la movilización de los miembros de la comunidad en la zona donde la clínica móvil lleva a cabo su actividad. Cuando se utilicen clínicas móviles, se incluirán en las vías derivación y en los sistemas de monitoreo y datos de los programas.

Las clínicas móviles pueden integrarse en una plataforma de acceso de confianza junto a los establecimientos de salud para ampliar las opciones de las que disponen las poblaciones clave y garantizar una mayor disponibilidad de los servicios de mayor frecuencia.

Consideraciones estructurales para las clínicas móviles

Las clínicas móviles pueden ayudar a evitar los obstáculos estructurales asociados con los establecimientos de salud. Sin embargo, también pueden ser objeto de estigmatización, discriminación y violencia. Las consideraciones estructurales son similares a las de los establecimientos de salud:

- Abordar obstáculos jurídicos como la obligación de denunciar cualquier actividad ilegal.
- Responder a las actitudes estigmatizantes y discriminatorias de todo el personal (clínico, administrativo y de otro tipo) hacia las poblaciones clave mediante la sensibilización y la formación, así como mediante políticas pertinentes y mecanismos de rendición de cuentas en los establecimientos de salud.
- Seleccionar horarios para visitar las clínicas móviles o de extensión que reduzcan al mínimo los riesgos de seguridad.
- Monitorear y revisar periódicamente los incidentes y amenazas.
- Contar con medidas de seguridad y protección, incluidas de seguridad física y protocolos de emergencia.
- Garantizar que se cuente con licencias de actividad mediante acuerdos con las autoridades sanitarias y locales, incluida la planificación de un horario de visitas clínicas.

- Garantizar que todas las actividades que se lleven a cabo sean legales, especialmente en entornos donde la legislación pueda tipificar como delito actividades de apoyo a las poblaciones clave.
- Conseguir la comprensión y la aceptación de la comunidad en general.
- Recibir y responder a las opiniones de los usuarios de los servicios (p. ej., a través del monitoreo comunitario, observatorios, consultas, etc.).

Consideraciones presupuestarias

Puesto que las clínicas móviles suelen integrarse en un programa destinado a poblaciones clave, es necesario calcular todos sus costos, incluidos muchos de los elementos que deben presupuestarse para los establecimientos de salud, además de los equipos móviles:

- Clínica móvil. Vehículo adaptado, mobiliario, refugios o tiendas de campaña, combustible y mantenimiento, y almacenamiento seguro.
- Equipamiento (p. ej., camilla de exploración, lámpara, equipos y reactivos de diagnóstico, espéculos o anoscopio).
- Medicamentos (para ITS y el VIH; preferiblemente también para la planificación familiar y dolencias comunes).
- Formación y recursos necesarios para garantizar y mantener servicios libres de estigmatización y discriminación.
- Preservativos, lubricantes, agujas y jeringas para distribuirlos en las clínicas.
- Para derivaciones de confianza: formación de proveedores de atención sanitaria, monitoreo de la calidad y la aceptabilidad de la prestación de servicios, y seguimiento y promoción de la derivación a profesionales de confianza y de la retención en la atención.
- En función de la modalidad de prestación de servicios: salarios u honorarios del personal médico, espacio de la clínica (o parte de un espacio), equipo de diagnóstico básico, así como reactivos, medicamentos y suministros.
- Conductores.
- Personal de seguridad.

Lecturas recomendadas

Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. *Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP Delivery, and the use of telemedicine*. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;18:6 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8549812/>).

Differentiated service delivery for key populations - men who have sex with men, sex workers, transgender people, people who inject drugs and prisoners and other people living in closed settings: A background review, 2016 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/2022/05/DSD-Key-populations-review.pdf>).

Rousseau E, Bekker L, Julies R, Celum C, Morton J, Johnson R, Baeten JM, O'Malley G. *A community-based mobile clinic model delivering PrEP for HIV prevention to adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa*. *BMC Health Serv Res* 2021;21:888 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06920-4>).

1.2.6. Acceso a los servicios a través de otros actores

¿En qué consisten?

Puesto que el enfoque centrado en las plataformas de acceso de confianza pretende maximizar el uso de los activos existentes en la comunidad, puede dar cabida a muchas otras entidades o actores, como:

- Farmacias.
- Bares y clubes.
- Máquinas expendedoras.
- Tiendas en línea.

Lo que tienen en común es que pueden ser negocios o establecimientos privados, por lo que no tienen por qué haber sido concebidos por un programa destinado a poblaciones clave ni estar bajo su control directo, ni depender del financiamiento de dicho programa, aunque también es posible que las máquinas expendedoras o las tiendas en línea se hayan establecido como parte de un enfoque programático o de una asociación público-privada.

Puesto que son independientes de estos programas, es necesario realizar un esfuerzo adicional para garantizar que las poblaciones clave que deseen utilizar los servicios de estas entidades puedan hacerlo de forma segura (véase la sección sobre aspectos estructurales).

¿Qué servicios están disponibles?

Puesto que se trata de proveedores externos, pueden prestar muchos servicios, como se muestra en la tabla 8. Sin embargo, al no ser componentes planificados dentro del programa, los servicios que ofrecerán dependerán en gran medida de cada entidad.

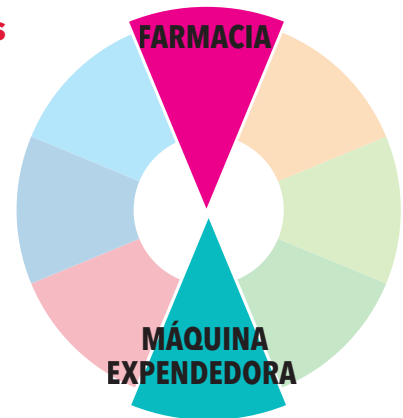


Tabla 8: Servicios disponibles a través de otros actores

Potencialmente disponibles a través de otros actores

- Información y educación que ayudan a que las poblaciones clave conozcan su salud, los riesgos sanitarios, los servicios disponibles y sus derechos.
- Creación de demanda de servicios.
- Derivación a otros servicios.
- Preservativos y lubricantes.
- PrEP y PEP.
- Pruebas del VIH (incluido el apoyo para las pruebas de autodiagnóstico).
- Tratamiento (renovación de recetas, apoyo a la observancia).
- Anticoncepción.

Al igual que ocurre con los distintos proveedores de servicios descritos anteriormente, algunos de ellos, en particular las farmacias, también pueden contribuir a fomentar las prácticas de autocuidado.

¿Cómo se lleva a cabo?

Colaborar con otros proveedores en el marco de un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza consiste en establecer alianzas con una amplia variedad de actores en el área donde se desarrolla el programa. Las propias poblaciones clave están bien posicionadas para identificar a organizaciones o entidades que puedan cubrir sus necesidades de forma segura y no estigmatizante. Por lo tanto, los programas deben seguir las orientaciones de las poblaciones clave y utilizarlas como base para incluir a estas entidades en la plataforma y ampliar los servicios que pueden ofrecer. Los agentes de divulgación entre pares suelen estar en una posición idónea para actuar como intermediarios con estos locales a la hora de negociar la colaboración.

Para ello es necesario colaborar con los propietarios de locales de ocio a fin de garantizar un suministro constante de preservativos, o trabajar con las farmacias para mejorar la derivación de pacientes formando al personal farmacéutico sobre cómo realizar pruebas de detección básicas y colaborar con las poblaciones clave de forma no estigmatizante. También podría ser necesario facilitar productos subvencionados en esos lugares.

No existe un enfoque único para trabajar con este tipo de proveedores. Se trata más bien de identificar las posibilidades de ampliar la oferta de servicios y opciones seguros y fiables para las poblaciones clave.

La colaboración con estos actores puede formalizarse mediante un memorando de entendimiento o asociación público-privada. En algunos países es necesario cumplir con determinados requisitos normativos, sobre todo si estos actores externos al programa participan en actividades reguladas (p. ej., para utilizar o instalar máquinas expendedoras suele ser obligatorio contar con un almacenamiento seguro y adecuado de los productos, o bien garantizar el cumplimiento de las restricciones de edad para quienes acceden a ellos) (cuadro 8).

Cuadro 8

Farmacias: un recurso comunitario infrautilizado para conseguir un acceso de confianza⁴⁰

Las farmacias, un activo infrautilizado en las comunidades, puede ser un valioso componente de una plataforma de acceso de confianza. Los miembros de las poblaciones clave suelen confiar en el farmacéutico local para que les asesore discretamente en relación con los servicios de VIH, salud sexual o salud en general, y para que les proporcione preservativos y lubricantes. Además, la presencia de las farmacias comunitarias es muy amplia, ya que son más numerosas y accesibles que los establecimientos de salud. En lugares donde no existen programas para poblaciones clave, el personal farmacéutico suele conocer muy bien las necesidades sanitarias y los riesgos de la población local.

En Mozambique, el programa EpiC intensificó el trabajo con farmacias privadas para ampliar el acceso de las poblaciones clave a una serie de servicios, como pruebas de detección de ITS, preservativos, lubricantes, pruebas de autodiagnóstico del VIH, PEP, PrEP, detección y atención de la violencia de género, y planificación familiar, así como servicios esenciales y esfuerzos de monitoreo relacionados con el tratamiento antirretroviral. Los miembros de las poblaciones clave participaron en la selección y sensibilización de los farmacéuticos privados.

Consideraciones estructurales para trabajar con otros proveedores

Puesto que a menudo son los propios miembros de las poblaciones clave quienes seleccionan a otros proveedores, ya existe por defecto cierto grado de confianza y acceso. Sin embargo, los entornos son dinámicos y las nuevas corrientes políticas y jurídicas pueden influir en la capacidad y la voluntad de estos actores independientes de seguir cubriendo las necesidades de las poblaciones clave. Entre las formas de mitigar estos riesgos están las siguientes:

- Dialogar con los proveedores sobre la importancia para la salud pública del entorno y de los programas dirigidos a las poblaciones clave.
- Facilitar información correcta y actualizada sobre los cambios jurídicos, especialmente en entornos donde la legislación puede percibirse como restrictiva a la hora de trabajar con poblaciones clave o prestarles servicios.
- Proporcionar ayudas, materiales y formación para animar a los proveedores a mantener su compromiso con el esfuerzo general.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa y las condiciones locales.
- Establecer acuerdos o memorandos de entendimiento formales para reforzar y mantener la colaboración.
- Recibir y responder a las opiniones de los usuarios de los servicios (p. ej., a través del monitoreo comunitario, observatorios, consultas, etc.).

Consideraciones presupuestarias

Como se ha señalado previamente, estos proveedores son independientes y probablemente sean ajenos al contexto de un programa concreto. Es posible que muchos de los servicios se presten con fines comerciales. No obstante, cuando haya recursos disponibles, determinadas inversiones pueden ayudar a que la colaboración público-privada con estos proveedores sea más eficaz, por ejemplo:

- Suministro de productos y materiales de prevención; ayudas para que el proveedor pueda suministrar estos productos a las poblaciones clave a bajo costo o gratuitamente; o colaboración con los proveedores nacionales de seguros médicos para permitir su reembolso.
- Formación en salud pública y en nuevas intervenciones.
- Sistemas de recompensa para los proveedores mejor valorados por las poblaciones clave.

Lecturas recomendadas

- Bateganya M. *Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations–Virtual meeting*. Durham, NC: FHI 360, 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya_CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Crawford ND, Harrington KRV, Chandra C, Alohan DI, Quamina A, Beck O. et al. *Feasibility of reaching populations at high risk for HIV in community pharmacies*. JAPhA. 2024;64;6;102239 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S154431912400267X>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Lalla-Edward S; Venter W. *Feasibility and impact of community pharmacy and novel pick-up points for antiretroviral therapy pre-exposure prophylaxis initiation and continuation in low and middle-income countries*. Curr HIV/AIDS Rep. 2024;16:22:1:2 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11568023/#:~:text=Likewise%2C%20novel%20pick%20Dup%20points,injecting%20drug%20users%20%5B33%5D>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. *Biomedical HIV prevention delivery to key populations–community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine*. Current HIV/AIDS Rep. 2021;18:500-507 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Proteger a los grupos de población clave de perturbaciones abruptas en los servicios esenciales contra el VIH*. Ginebra: OMS, 2025 (<https://www.who.int/es/news/item/27-02-2025-protecting-key-populations-from-abrupt-disruptions-to-essential-hiv-services>; consultado el 6 de marzo de 2025).

1.3. **Planificación y adaptación de plataformas de acceso de confianza y consideraciones estructurales transversales**

1.3.1. **Planificación de plataformas de acceso de confianza**

Como se ha descrito anteriormente, una plataforma de acceso de confianza está formada por todos los proveedores en los que las poblaciones clave confían y a los que pueden acceder. No hay dos plataformas iguales, ya que cada una contará con diferentes combinaciones de los actores o proveedores descritos en el apartado anterior, que idealmente trabajarán de forma coordinada. Un elemento importante del enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza es establecer un sistema de coordinación y derivación entre los distintos actores.

Por lo tanto, para crear una plataforma eficaz se requiere una colaboración sólida con las poblaciones clave desde el principio y a lo largo de todo el proceso de diseño y ejecución. Una herramienta clave para ello es el mapeo programático participativo, un proceso que sitúa a las poblaciones clave a la cabeza e identifica los activos y retos de una comunidad, así como cualquier cambio, prioridades y retos que vayan surgiendo.

Las comunidades y los contextos son dinámicos y cambian con el tiempo. Por eso, procesos como la microplanificación deben ser continuos, no puntuales. Además, un proceso continuo reconoce que se pueden introducir mejoras en cualquier momento y hace hincapié en la adaptación continua de lo que ya está en marcha en lugar de un largo proceso de planificación que haga necesario interrumpir los programas.

¿Cómo se planifica una plataforma de acceso de confianza?

El mapeo programático participativo y periódico implica a las comunidades de poblaciones clave en el proceso de identificar lugares de alto riesgo y de estimar los tamaños de las poblaciones. Suele ser el primer paso a la hora de lanzar programas dirigidos a poblaciones clave y ofrece una gran oportunidad para involucrar a las comunidades. También es útil para identificar a miembros de poblaciones clave que tengan influencia en sus comunidades y se comprometan a trabajar con ellas. Por lo tanto, el mapeo programático participativo ofrece información, despierta el interés de la comunidad y contribuye a que el programa identifique a miembros de las poblaciones clave que puedan ejercer adecuadamente como agentes de divulgación.

Repetir el mapeo (validación en el emplazamiento cada 6-12 meses) como parte de la microplanificación es importante para actualizar la planificación de la divulgación, las estimaciones del tamaño de la población y las metas en función de la información recabada sobre nuevos lugares de alto riesgo y nuevas poblaciones clave, así como sobre lugares que ya no estén operativos o poblaciones clave que se hayan trasladado a otras áreas. También ayuda a identificar nuevos problemas a medida que surgen y puede contribuir a preparar la introducción de nuevas intervenciones o adaptar las existentes.

El mapeo programático participativo requiere reunirse con poblaciones clave de diferentes lugares y orientarlas para que elaboren mapas donde identifiquen lugares de alto riesgo, las carreteras y puntos de referencia clave, así como los proveedores

de servicios de VIH, salud y otros ámbitos en los que confían. También identifican los servicios en los que no confían y los lugares de riesgo, y se estima el número de miembros de poblaciones clave que se encuentran en cada lugar.

En la segunda fase, la validación de los lugares, el equipo de divulgación y los miembros de las poblaciones clave los visitan para observar y mantener conversaciones informales con los miembros y las partes interesadas. Esto ayuda a validar las cifras estimadas, determinar cuáles son las horas punta y otros detalles. El mismo método se utiliza a menudo como parte de la microplanificación. Para mejorar el mapeo, se pueden celebrar debates grupales con poblaciones clave para evaluar su opinión sobre cómo deben prestarse los servicios y sobre los retos a los que se enfrentan.

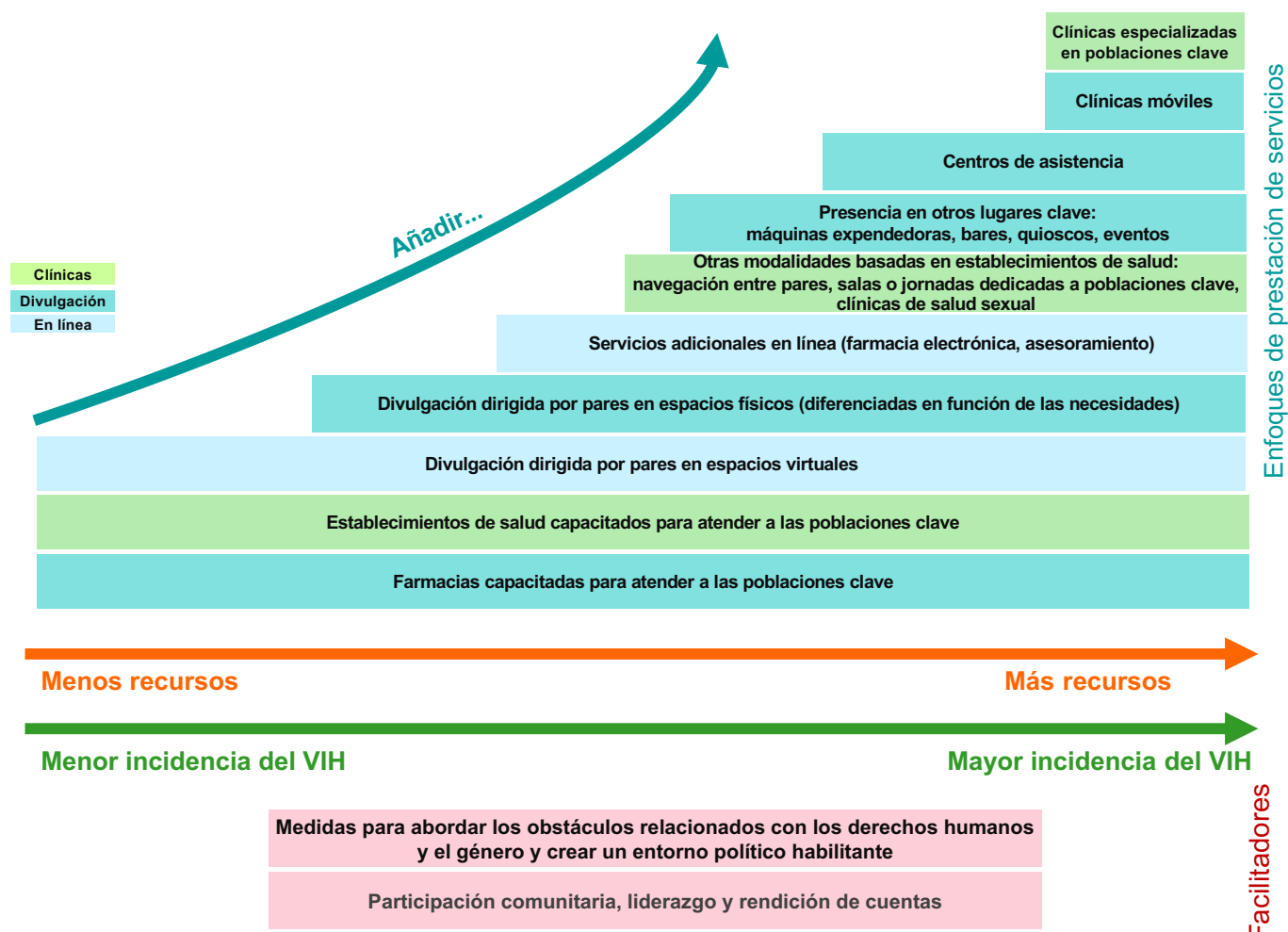
Consideraciones sobre el contexto y la disponibilidad de recursos para una plataforma de acceso de confianza

Como queda claro en las secciones anteriores, el enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza hace hincapié en una excelente comprensión del contexto local: en qué lugares las poblaciones clave confían en gran medida en los establecimientos de salud públicos y no se enfrentan a grandes obstáculos jurídicos ni a discriminación. Cuando los servicios tengan una gran autoeficacia, lo que permite adoptar sólidas prácticas de autocuidado, habrá menos necesidad de adaptarlos a las necesidades de las poblaciones clave. Sin embargo, cuando los establecimientos de salud públicos no sean aceptables o accesibles y existan obstáculos jurídicos, probablemente haya que realizar importantes inversiones para reducir esas barreras a largo plazo y prestar servicios especializados y seguros a corto plazo.

Otro factor importante para el diseño de plataformas de acceso de confianza es la disponibilidad de recursos para programas especializados. Cuando el financiamiento específico es limitado, los gestores tienen que mantener los resultados con menos recursos, y a menudo esto implica abandonar los enfoques dedicados exclusivamente a las poblaciones clave para trabajar con los servicios de salud públicos generales o con nuevos tipos de socios, como farmacias, quioscos, etc. Los responsables de la planificación deben evaluar cuándo es necesario preservar los enfoques dirigidos a poblaciones específicas, por ejemplo, cuando otros tipos de proveedores no cuentan con la capacidad suficiente ni con la confianza de las poblaciones clave.

La figura 4 ilustra cómo distintos escenarios de recursos pueden dar lugar a diferentes diseños de programas, y muestra cómo pueden considerarse opciones de prestación de servicios adicionales en contextos con mayores recursos y donde el entorno hace necesarios los servicios especializados.

Figura 4. Diferentes escenarios de programas en función de la disponibilidad de recursos



Los facilitadores constituyen una base que incluye algunas medidas que no requieren grandes recursos y otras que sí. Las necesidades específicas deben considerarse en función del entorno jurídico y político de cada país y de los recursos disponibles.

Ningún país o programa encajará perfectamente en ninguno de estos escenarios. Sin embargo, ilustran las opciones que pueden barajar los responsables de la toma de decisiones. Cuando el financiamiento lo permite, los componentes adicionales de los programas ayudan a abordar los obstáculos y acercar más servicios a un mayor número de miembros de poblaciones clave.

Además, factores como la disponibilidad de recursos, el significado de un entorno favorable y las necesidades suelen ser diferentes entre las distintas poblaciones clave y subgrupos (p. ej., jóvenes o migrantes), así como en distintas zonas de un país (urbanas o rurales, o como consecuencia de las actitudes sociales o culturales y leyes dentro de un mismo país). Por lo tanto, una plataforma de acceso de confianza para hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en un país determinado puede ser muy diferente a una dirigida a profesionales del sexo o personas que consumen drogas inyectables dentro del mismo país. El cuadro 9 resume una serie de consideraciones que deben tenerse en cuenta para cada grupo y subgrupo de poblaciones clave a la hora de planificar los programas.

Cuadro 9**Consideraciones a la hora de establecer una plataforma de acceso de confianza para diferentes poblaciones clave**

La configuración de una plataforma de acceso de confianza depende de diversos factores, que pueden variar para cada población clave de un país determinado. Entre ellos se incluyen:

- Consideraciones epidemiológicas, como la prevalencia del VIH, el acceso a las pruebas y al tratamiento, y el tamaño de las poblaciones clave.
- Las intervenciones y servicios que necesita cada población clave, tal como se describen en las *Directrices unificadas* (véase el cuadro 1), así como los obstáculos jurídicos relacionados con estas intervenciones (p. ej., si se permite la sustitución de agujas o las restricciones relacionadas con la edad para acceder a algunos servicios).
- Los obstáculos jurídicos y de otro tipo que impiden a las poblaciones clave acceder a los servicios, como el miedo a la estigmatización, la discriminación o la detención; y las barreras legales que afectan a la ejecución de los programas (p. ej., leyes que obligan a informar sobre la orientación sexual o leyes sobre la "promoción" de determinados comportamientos).
- Confianza y accesibilidad a los servicios ordinarios.
- Recursos disponibles para programas y servicios especializados, que pueden ser diferentes para cada categoría de poblaciones clave.
- Variaciones dentro de una misma población clave, por ejemplo, como consecuencia de la edad, el idioma, la situación migratoria y las preferencias por los servicios en línea o en persona.

Cabe destacar que, como muestra la figura 4, en todos los escenarios será necesario invertir en derechos humanos y género, así como en la participación de las poblaciones clave. Para lograr una eficacia permanente y el acceso de confianza para las poblaciones clave en cualquier escenario de financiamiento, e independientemente de los obstáculos existentes, será necesario mantener en todo momento el monitoreo dirigido por la comunidad y la rendición de cuentas.

Como complemento de la figura 4, en el anexo 3 se presenta otra forma de conceptualizar las distintas "fases" de madurez de una plataforma de acceso de confianza.

Lecturas recomendadas

- Emmanuel F, Persaud N, Weir SS, Bhattacharjee P, Isac S. *Programmatic mapping: providing evidence for high impact HIV prevention programs for female sex workers*. JMIR Public Health Surveill. 2019;5(2):e12636 (<https://publichealth.jmir.org/2019/2/e12636/pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Standard operating guidance on programmatic mapping and validation. Learning site partners in Sri Lanka*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Standard operating procedure to implement effective community-led outreach and micro planning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania*. Dar-es-Salaam: Programa nacional de control del sida de Tanzania, Ministerio de Salud, 2024 (<https://www.hivinterchange.com/member-countries/tanzania>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, OMS, PNUD, PEPFAR, Universidad de Manitoba, ONUSIDA. *Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries*. Ginebra: ONUSIDA, 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/using-programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-for-key-populations-guidelines-for-countries/>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- Mann Global Health, ONUSIDA, UNFPA. *Micro-planning for more effective and efficient HIV programs: Sex-worker led condom programming in Malawi*. Estudio de caso. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/micro-planning-more-effective-and-efficient-hiv-programs-sex-worker-led-condom>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- South to South Learning Network. *Designing outreach and microplanning for key population programmes*. Johannesburgo: SSLN, 2021 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; consultado el 3 de marzo de 2025).
- Cowan F, Reza-Paul S, Ramaiah M, Kerrigan DL. *Strategies to promote meaningful involvement of sex workers in HIV prevention and care*. Curr Opin HIV AIDS. 2019;14(5):401-8 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219886/>; consultado el 1 de marzo de 2025).

1.3.2. **Adaptabilidad y diferenciación**

¿En qué consisten?

Los miembros de una población clave pueden tener diferentes preferencias en cuanto a cómo acceder a los servicios y en qué proveedores confían, y sus necesidades pueden cambiar con el tiempo. Además, pueden surgir nuevos retos en sus entornos. Pueden producirse emergencias relacionadas con los derechos humanos y la seguridad que obliguen a adaptar un programa para que los servicios puedan seguir prestándose de forma segura. Los perfiles de las poblaciones clave pueden cambiar, lo que significa que será necesario incorporar a la plataforma agentes de divulgación entre pares con nuevas competencias y perfiles. Los cambios de personal en los establecimientos de salud u otras entidades pueden plantear nuevos retos u oportunidades para la plataforma. Es posible que aparezcan nuevos enfoques y herramientas de prevención y tratamiento que deban desplegarse rápidamente. Una plataforma de acceso de confianza debe ser capaz de identificar y responder a estas oportunidades y retos a medida que surjan.

Si se adopta un enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza, se debe incluir el monitoreo continuo a través del mapeo programático participativo, la microplanificación (especialmente, análisis de oportunidades perdidas y datos rutinarios de monitoreo) y la comunidad o los observatorios. También debe vincularse con la información disponible y la toma de decisiones a nivel nacional. Este enfoque estará entonces bien posicionado para identificar y responder a estos cambios en el entorno.

La diferenciación, que es posible gracias al enfoque centrado en plataformas de acceso de confianza, también es esencial para garantizar que se cubran las necesidades de los distintos perfiles de poblaciones clave, ya que los servicios pueden estar disponibles en más de un lugar o a través de más de un proveedor, lo que permite a los usuarios elegir el más adecuado. Además, las personas pueden pertenecer a más de una población clave, lo que significa que tienen necesidades interrelacionadas: por ejemplo, un trabajador del sexo que se inyecta drogas puede participar en un programa sobre el trabajo sexual que no ofrezca asesoramiento ni acceso a una gama completa de servicios de reducción de daños. Conectar programas para diferentes poblaciones o comprender y abordar estos puntos de intersección es, por tanto, una parte importante de un enfoque centrado en las personas.

La edad es un factor que se debe tener en cuenta, ya que tanto los miembros de más edad como los más jóvenes tienen necesidades específicas, por ejemplo, como consecuencia de limitaciones jurídicas adicionales en el acceso a los servicios y la necesidad de consentimiento en el caso de los jóvenes. El seguimiento permanente y la colaboración con las comunidades ayudan a garantizar que los programas sean sensibles y respondan a las necesidades específicas o interrelacionadas de las poblaciones clave, así como a los cambios en esas necesidades a lo largo del tiempo, algo esencial para adaptar los programas. Los proveedores (incluidos los establecimientos de salud), los agentes de divulgación entre pares y otros actores necesitan formación y asesoramiento para reconocer y abordar estas necesidades específicas.

Lecturas recomendadas

Differentiated Service Delivery. A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).

Innovations to overcome vaccine hesitancy and increase COVID-19 vaccination among key populations and people living with HIV in Telangana, India. Durham, NC: FHI 360, 2022 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-increasing-vaccination-india-success-story.pdf>; consultado el 6 de marzo de 2025).

Reaching men who purchase sex with differentiated service delivery in the Democratic Republic of Congo. Durham, NC: FHI 360, 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-success-story-drc-dsd-mwps.pdf>; consultado el 6 de marzo de 2025).

Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Ginebra: OMS, 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; consultado el 4 de marzo de 2025).

1.3.3. Intervenciones estructurales transversales para plataformas de acceso de confianza

¿En qué consisten?

Como ilustran las secciones anteriores, existen consideraciones estructurales específicas para cada tipo de prestación de servicios incluidos en una plataforma de acceso de confianza. También hay una serie de intervenciones estructurales que son transversales en el sentido de que pueden respaldar una plataforma de acceso de confianza en su conjunto. Estas intervenciones pueden ejecutarse en el área donde se lleva a cabo un programa, por ejemplo, mediante la colaboración con las autoridades locales y las fuerzas del orden. Otras se centran en el ámbito nacional y abordan las limitaciones relacionadas con la legislación, las políticas y las prácticas, así como la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad de los programas para poblaciones clave. Son esenciales para conseguir una plataforma de acceso de confianza y para el impacto de los programas.

Los programas destinados a poblaciones clave se enfrentan a un deterioro cada vez mayor del entorno en muchos países que están introduciendo leyes y políticas que desafían las normas mundiales de derechos humanos e igualdad de género. Cada vez se registran más incidentes de desinformación y discursos de odio en línea, así como de violencia colectiva. Abordar las consideraciones estructurales y la seguridad de los programas con el fin de garantizar la eficacia de la programación de salud pública para las poblaciones clave es más importante que nunca.

¿Qué intervenciones se incluyen?

Las *Directrices unificadas* de la OMS ofrecen explicaciones detalladas sobre los tipos de intervenciones estructurales necesarias para que los programas dirigidos a las poblaciones clave sean eficaces.⁴¹ Abordan las condiciones que afectan a cómo se llevan a cabo estos programas a nivel nacional o subnacional. Como muestra la tabla 9, incluyen actividades en curso que trabajan directamente con las poblaciones clave y la comunidad local en general, e iniciativas a largo plazo que abordan el entorno general.

Los esfuerzos a nivel local y nacional en este ámbito pueden y deben estar vinculados con iniciativas de capacitación comunitaria y recopilación de información local que creen una plataforma tanto para el cambio local como para la abogacía y el cambio político a nivel nacional.



Tabla 9: Intervenciones estructurales transversales**Intervenciones estructurales comunes**

-
- Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

 - Reducción de la estigmatización y la discriminación

 - Empoderamiento de la comunidad

 - Abordar la violencia

Algunas de las actividades locales más importantes de esta categoría son las siguientes:

- Prevención de la violencia y respuesta a esta, formación, conexiones con la policía, abogados y establecimientos de salud, impresión de formularios, asistencia de viaje, protección y seguridad, y abogacía ante agentes locales, responsables de la toma de decisiones, gestores de los establecimientos de atención sanitaria y agentes de las fuerzas del orden.
- Educación sobre cuestiones jurídicas, formación en derechos ("conoce tus derechos") y formación de asistentes jurídicos comunitarios: conocimiento de las leyes mediante la colaboración con la comunidad jurídica y desarrollo de materiales de formación adecuados para los miembros de las poblaciones clave, monitoreo de los incidentes de seguridad y las vulneraciones de los derechos humanos, prestación de servicios jurídicos, de reparación o derivación a estos.
- Servicios jurídicos y otro tipo de asistencia para acceder a la justicia y buscar reparación.
- Abogacía ante líderes religiosos, tradicionales y comunitarios, y propietarios de locales.
- Protección y bienestar infantil, acceso a asistencia educativa para jóvenes y ancianos de poblaciones clave, acceso a la vivienda, acceso a prestaciones del gobierno, planes de ahorro o crédito, cuidado infantil y otras intervenciones estructurales para abordar las prioridades identificadas por la comunidad o los grupos de autoayuda.
- Formación para proveedores de atención sanitaria sobre cómo ofrecer servicios respetuosos y libres de estigmatización, confidenciales, basados en el consentimiento informado y otros derechos de los pacientes, así como sobre cómo responder a la violencia, con aportaciones de la comunidad en la formación.
- Abordar la estigmatización y la discriminación en todos los entornos.
- Dirigirse a los locales y realizar acciones de abogacía con los propietarios o gestores.
- Capacitación económica, p. ej., para personas que consumen drogas inyectables, así como intervenciones de protección familiar y social para los jóvenes.

En muchos casos será necesario establecer vínculos con otros proveedores de servicios, ya que es posible que los programas de VIH no dispongan de fondos suficientes para cubrirlos.

Entre las actividades comunes a nivel nacional están las siguientes:

- Reforzar las capacidades de las redes que representan a las poblaciones clave, por ejemplo, en la abogacía.
- Recopilar evidencia de los retos estructurales a nivel local.

- Establecer un mecanismo nacional de respuesta rápida a la violencia y otras vulneraciones de los derechos humanos, que incluya la provisión de atención sanitaria, apoyo jurídico, etc.
- Actividades de abogacía, aprendizaje y sensibilización para llevar a cabo reformas políticas y jurídicas con el fin de mejorar el entorno de los programas dirigidos a poblaciones clave, así como para institucionalizar la capacitación en materia de derechos humanos de los garantes de derechos.
- Participación de las poblaciones clave en los órganos nacionales dedicados a la prevención del VIH, como los grupos técnicos de trabajo.
- Abogacía a favor del compromiso gubernamental y del reconocimiento de los grupos de poblaciones clave.

¿Cómo se lleva a cabo?

Aunque hay muchos puntos en común en los obstáculos estructurales de los países, existen importantes diferencias, en particular en relación con los contextos jurídicos. Incluso dentro de un mismo país, es probable que existan diferencias en las zonas donde se llevan a cabo los programas, no solo en cuanto a los obstáculos, sino también en qué estrategias son más eficaces para superarlos. Por ello, el planteamiento para hacerles frente debe adaptarse al contexto. Al igual que en todos los componentes descritos anteriormente, la participación activa de miembros de las poblaciones clave afectadas es esencial para comprender el contexto.

Los obstáculos y las posibles estrategias se pueden identificar como parte del diseño de los programas, la observación continua y los mecanismos de monitoreo comunitario.

Como se indica en las intervenciones recomendadas por la OMS, abordar las barreras estructurales requiere una coordinación específica y un feedback constante a nivel local y nacional, ya que las condiciones nacionales pueden determinar las locales. También es fundamental establecer vínculos sólidos entre los grupos comunitarios y los representantes locales con quienes actúan a nivel nacional, así como invertir en garantizar que las organizaciones de poblaciones clave cuenten con la capacidad y los recursos necesarios para realizar adecuadamente este trabajo.

Consideraciones presupuestarias

Entre las consideraciones clave, además de las expuestas en otros subapartados, figuran las siguientes:

- Formación y capacitación de las organizaciones de poblaciones clave implicadas en la respuesta a los obstáculos estructurales a nivel local y nacional.
- Formación de los garantes de derechos, en particular, los proveedores de atención sanitaria y los funcionarios de las fuerzas del orden.
- Costos de transporte y comunicación.
- Fondos para medidas de respuesta de emergencia.
- Monitorear los incidentes de seguridad y las vulneraciones de los derechos humanos.
- Fondos para asistentes jurídicos y costos complementarios, tasas judiciales, etc.

Lecturas recomendadas

- Avahan, Fundación Bill y Melinda Gates. *Community led crisis response systems*. Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf); consultado el 4 de marzo de 2025).
- Dayton R. *Law enforcement training: preventing and responding to violence against key populations to increase access to justice and strengthen the HIV response*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-le-training-manual.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. *A guide to comprehensive violence prevention and response in key population programs*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Safety and security toolkit: strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2018 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-safety-security-toolkit.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Removing barriers to HIV services*. Informe técnico. Ginebra: El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2023 (https://resources.theglobalfund.org/media/14366/cr_removing-barriers-to-hiv-services_technical-briefing-note_en.pdf; consultado el 2 de abril de 2025).
- Spectrum: a tool for key population-led law and policy reform*. Nueva York: PNUD, 2024 (<https://www.undp.org/publications/spectrum-tool-key-population-led-law-and-policy-reform>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- Ensuring quality health care by reducing HIV-related stigma and discrimination*. Informe técnico. Ginebra: OMS, 2024 (<https://www.who.int/publications/item/9789240097414>; consultado el 2 de abril de 2025).
- PNUD, UNFPA, OIT, UNODC, UNICEF, ACNUR. *Preventing and responding to HIV related human rights crises: guidance for UN agencies and programmes*. Nueva York: PNUD, 2024 (<https://www.undp.org/publications/preventing-and-responding-hiv-related-human-rights-crisis-guidance-united-nations-agencies-and-programmes>; consultado el 4 de marzo de 2024).

PARTE 2

GESTIÓN A ESCALA E IMPACTO



Parte 2 **GESTIÓN A ESCALA E IMPACTO**

Los programas y servicios dirigidos a poblaciones clave se basan en datos programáticos para llevar a cabo una planificación permanente y monitorear los avances

Con el fin de operar a escala y llegar al mayor número de personas posibles, los programas y servicios dirigidos a poblaciones clave se basan en datos programáticos para llevar a cabo una planificación permanente y monitorear los avances. Esta información parte de las últimas estimaciones disponibles sobre la localización y el tamaño de las poblaciones clave. La actualización periódica del mapeo programático también es fundamental para optimizar la escala y la cobertura ([sección 2.1](#)).

La supervisión eficaz de las plataformas de acceso de confianza comienza con los indicadores de los programas prioritarios ([sección 2.2](#)). Miden en qué medida se está llegando a las poblaciones clave en la comunidad y si estas están utilizando los servicios clínicos. Las metas de estos indicadores programáticos se basan en la población y utilizan como denominadores estimaciones de su tamaño. Estos indicadores de desempeño básicos permiten realizar un monitoreo fiable de la aceptación, la utilización y la retención utilizando datos rutinarios de los programas.

Los datos básicos de los programas también pueden utilizarse para monitorear determinados indicadores de resultados e impacto para la plataforma de acceso de confianza, como la incidencia del VIH, el uso del preservativo o las experiencias de violencia ([sección 2.3](#)). También pueden servir para complementar y triangular los datos de encuestas bioconductuales a mayor escala. El análisis de los datos de los programas también puede utilizarse para realizar los ajustes necesarios en el paquete de servicios, especialmente cuando existen factores de riesgo intersectoriales (p. ej., trabajadores del sexo que se inyectan drogas).

El monitoreo dirigido por la comunidad de las plataformas de acceso de confianza proporciona un importante mecanismo de rendición de cuentas sobre la calidad de los servicios, y ofrece al mismo tiempo a las poblaciones clave sus propios datos para llevar a cabo iniciativas de abogacía ([sección 2.4](#)). En los programas dirigidos a poblaciones clave de todo el mundo se utilizan distintos modelos. Se ha demostrado que el mecanismo de monitoreo dirigido por la comunidad repercute directamente en la mejora de la prestación de servicios de VIH.

El fortalecimiento de la capacidad y el liderazgo de las poblaciones clave es esencial para la sostenibilidad de las plataformas de acceso de confianza ([sección 2.5](#)). A nivel organizativo, las comunidades y el personal de los programas deben tener a su disposición planes claros y oportunidades de avanzar. A escala nacional, los países deben diseñar procesos rigurosos de formación y certificación para que los servicios dirigidos por las poblaciones clave puedan formar parte del sistema de salud formal.

La sostenibilidad de los programas y servicios dirigidos a las poblaciones clave es una consideración vital, especialmente a medida que disminuye el financiamiento y los objetivos globales exigen transformaciones significativas de los sistemas ([sección 2.6](#)). Los países tendrán que ser flexibles y adaptar los enfoques recomendados en función de los recursos disponibles. Deben explorarse mecanismos de financiamiento sostenibles, como la contratación social, junto con modelos de asociación que integren en la atención primaria los programas y servicios para poblaciones clave.

2.1. Actualización de los mapas y de las estimaciones del tamaño de las poblaciones

Es importante elaborar mapas con regularidad y repetir este ejercicio para actualizar la planificación de la divulgación, las estimaciones del tamaño de las poblaciones y las metas en función de la nueva información recabada sobre lugares de alto riesgo y poblaciones clave

¿En qué consiste?

Para ampliar la respuesta de las poblaciones clave, es esencial revisar lo que ya se sabe sobre ellas en el país y responder a estas preguntas:

1. ¿Cuántas poblaciones clave existen?
2. ¿Dónde se encuentran la mayoría de las poblaciones clave y en qué momentos?
3. ¿Dónde prestan servicios los programas para poblaciones clave?
4. ¿A qué subpoblaciones de comunidades de poblaciones clave no llegan los programas?
5. ¿Qué deficiencias hay que subsanar (en cuanto a cobertura geográfica o gama de servicios ofrecidos)?

Existen diferentes métodos para estimar el tamaño de las poblaciones y elaborar mapas de las comunidades de poblaciones clave. Entre ellos se incluyen el censo, la captura-recaptura, el método multiplicador, la ampliación de la red y el mapeo programático.⁴² El mapeo debe realizarse de forma que se respeten las necesidades y la seguridad de las poblaciones clave, mitigando cualquier riesgo de violencia policial o colectiva dirigida a lugares específicos. Las poblaciones clave locales deben participar en este ejercicio e, idealmente, dirigirlo.⁴³

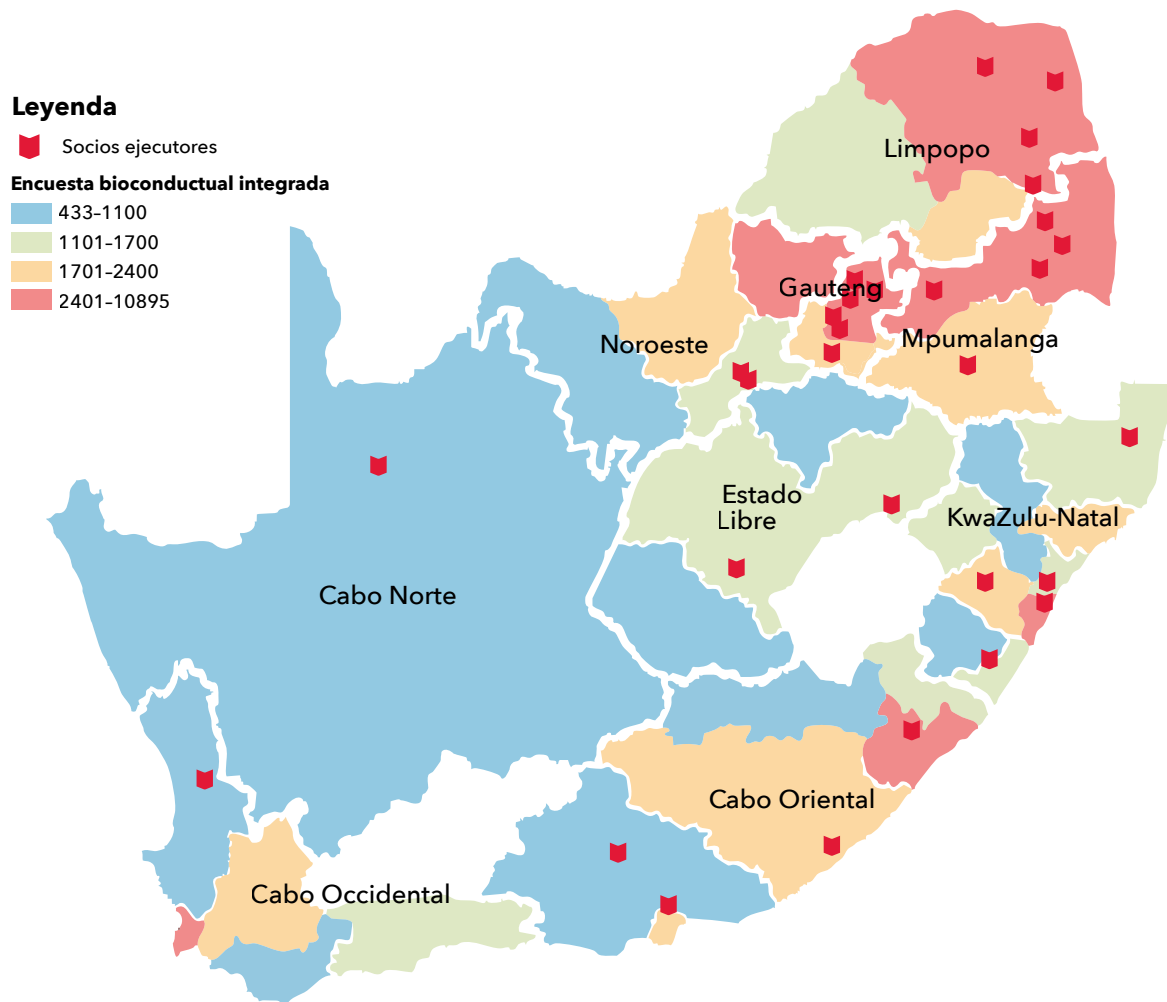
Se necesitan metodologías adicionales para estimar el tamaño, especialmente aquellas que puedan llevarse a cabo con menos recursos que las encuestas a gran escala. Una de estas alternativas consiste en generar estimaciones de áreas pequeñas a partir de los datos de los programas.⁴⁴ Mejor aún, el mapeo programático participativo y periódico implica a las poblaciones clave en el proceso de identificación de los lugares de alto riesgo y en la estimación del tamaño de las poblaciones, incluidos los cambios a lo largo del tiempo.

Los mapas programáticos son diferentes de las estimaciones matemáticas, que son más formales. Ambos son útiles para distintos fines. Los primeros son necesarios para la planificación práctica de los programas, mientras que las segundas suelen servir de base para las metas nacionales, la cuantificación y los esfuerzos de movilización de recursos.

Los datos de cualquier estudio formal de estimación del tamaño pueden triangularse con los datos recopilados mediante el mapeo programático participativo y vincularse al análisis de emplazamientos de la herramienta de microplanificación. Puede ser útil superponer los datos de las estimaciones del tamaño de las poblaciones con otros datos como la incidencia del VIH, la cobertura del tratamiento o los lugares de

ejecución (figura 5). Esto puede ayudar a visualizar si el programa se está ampliando de la manera más eficiente posible o si existen desigualdades geográficas.

Figura 5. Mapa de lugares donde se concentran los trabajadores del sexo superpuesto con estimaciones del tamaño de la población, Sudáfrica (adaptado del original)⁴⁵



Los países deben valorar si toda la población clave está en riesgo y si, por lo tanto, debe utilizarse la estimación del tamaño total como denominador para las metas de divulgación. Según las recomendaciones recientes de un grupo de expertos, los programas deben utilizar estimaciones de la población de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que no son parejas habituales, en lugar de incluir a todos los hombres de esta población.⁴⁶

¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

Los países deben elegir los métodos de estimación del tamaño de la población y de mapeo más apropiados para su contexto, teniendo en cuenta los recursos financieros y técnicos disponibles. El mapeo programático participativo debe ser prioritario en todos los entornos, dado que: a) los datos son fiables, b) su costo es inferior al de encuestas más formales, c) el ejercicio puede repetirse periódicamente, d) las comunidades participan en todo el proceso, y e) permite identificar a posibles educadores de pares para su contratación y formación. Cuando los recursos lo

permitan, los estudios más formales del tamaño de las poblaciones pueden ser un complemento de gran utilidad.

Repetir el mapeo (validación del emplazamiento cada 6-12 meses) es importante para actualizar las estimaciones del tamaño de las poblaciones y revisar la planificación y las metas de divulgación en función de la información recabada sobre nuevos lugares de alto riesgo y nuevas poblaciones clave, así como sobre lugares que ya no estén operativos o poblaciones clave que se hayan trasladado a otras áreas.

¿Qué se necesita?

- Los códigos de identificación únicos adoptados a nivel nacional son fundamentales para realizar estimaciones precisas del tamaño de las poblaciones clave.
- Protocolos de investigación con consideraciones éticas (como la seguridad y la protección) aprobados por una Junta Directiva de Revisión Institucional, idealmente con una renovación plurianual para repetir los mapeos.
- Para las estimaciones formales del tamaño de las poblaciones, protocolos de encuestas y procedimientos operativos normalizados.^{47,48}
- Para los mapas programáticos, reuniones en equipo con poblaciones clave de diferentes lugares con el fin de ofrecerles orientación para que elaboren mapas sencillos donde identifiquen lugares de alto riesgo y carreteras y puntos de referencia clave. Los participantes también deben proporcionar estimaciones aproximadas del número de miembros de las poblaciones clave que se encuentran en cada lugar.
- La validación de lugares alto riesgo requiere que el equipo de divulgación y los miembros de las poblaciones clave visiten estos emplazamientos para observar y mantener conversaciones informales con los integrantes de dichos grupos y otras partes interesadas. Esto ayuda a validar las cifras estimadas, determinar cuáles son las horas punta y otros detalles.
- Se debe repetir un ejercicio rápido de mapeo cada 6 o 12 meses para actualizar la información.

¿Está incluido en el presupuesto?

- El costo del mapeo programático participativo varía según el país. Los costos más significativos están relacionados con los entrevistadores y los viajes. Los países deben prever que se necesitarán varios días para llevar a cabo el mapeo participativo en cada emplazamiento y varias horas por lugar de alto riesgo para la validación a pie. En el anexo 4 se estiman los costos para un mapeo programático exhaustivo. Pueden ser necesarias modificaciones en entornos con recursos limitados.
- Cada 6-12 meses se debe repetir la validación en cada emplazamiento y actualizar las estimaciones del tamaño de las poblaciones. Pueden llevarla a cabo los equipos de divulgación existentes, pares y supervisores remunerados, con el apoyo de gestores de datos.

Lecturas recomendadas

- ONUSIDA, OMS. *The BBS-lite implementation tool*. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, OMS, ONUSIDA. *Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries*. Ginebra: ONUSIDA, 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- Review and revise: a tool for reviewing and revising key population size estimates*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2018 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-274.html>).
- Priorities for local AIDS control efforts (PLACE) Toolkit*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2020 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/place>).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery*. Durham, NC: FHI 360, Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>).
- Xu C, Jing F, Lu Y, Ni Y, Tucker J, Wu D. *Summarizing methods for estimating population size for key populations: a global scoping review for human immunodeficiency virus research*. *AIDS Res Ther*. 2022;19(1);9 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12981-022-00434-7.pdf>).

2.2. Supervisión eficaz de los programas

Los indicadores de programas prioritarios muestran en qué medida los distintos componentes de la plataforma permiten llegar adecuadamente a las poblaciones clave

¿En qué consiste?

Monitorear el progreso de una plataforma de acceso de confianza comienza con cuatro preguntas⁴⁹ relacionadas con una población determinada:

1. ¿Ha llegado al menos una vez un educador de pares a todos los miembros de las poblaciones clave? (aceptación de la divulgación)
2. ¿Se llega a las poblaciones clave con regularidad? (frecuencia de la divulgación)
3. ¿Han visitado todas las poblaciones clave la clínica al menos una vez? (aceptación de la clínica y registro)
4. ¿Utilizan las poblaciones clave los servicios de las clínicas con regularidad? (frecuencia de las visitas clínicas)

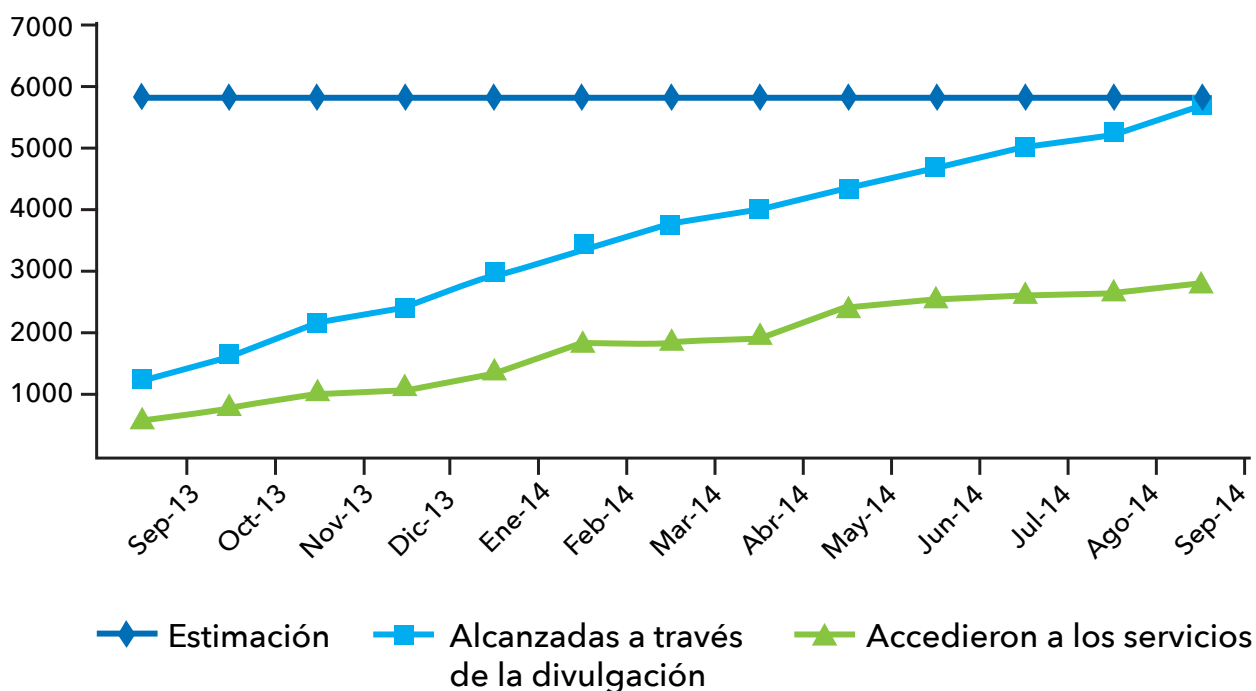
Estas preguntas muestran en qué medida la plataforma consigue llegar a las poblaciones clave y vincularlas con los servicios clínicos.^b Las partes interesadas deben supervisar los avances mensualmente (o según sea necesario) de acuerdo con el mapeo local y las estimaciones del tamaño de las poblaciones (como denominador).⁵⁰ Las metas en cuanto a la frecuencia de la divulgación y las visitas clínicas las establecerá el programa, pero suele ser de una a cuatro veces al mes para la divulgación (en función del riesgo) y trimestral para las visitas clínicas.^c Si se dispone de pruebas de autodiagnóstico del VIH, o de dispensación semestral de tratamiento antirretroviral o PrEP, las visitas clínicas pueden ser menos frecuentes (semestrales).⁵¹ Las metas de la divulgación virtual pueden ser diferentes.

Para la divulgación y los servicios presenciales, las herramientas de microplanificación, como un calendario de pares y un análisis de falta de oportunidades, pueden ayudar a monitorear la cohorte de pares.⁵² La divulgación virtual puede medirse a través del número de clics o interacciones con contenidos públicos (me gusta, comentarios, publicaciones compartidas, visionados de vídeos), o el número de chats o conversaciones individuales con usuarios sobre el VIH (cuadro 10).⁵³ Se pueden monitorear otros servicios virtuales de forma similar a los servicios físicos.⁵⁴ En el caso de las poblaciones clave que recurren al autocuidado, a las farmacias o al sector privado, puede ser útil realizar una encuesta simplificada que complemente los datos de los programas sobre la aceptación de los servicios (figura 6).

b. Las dos secciones de monitoreo que figuran a continuación se centran en los resultados y el impacto (sección 2.3) y la calidad de los servicios a través del monitoreo dirigido por la comunidad (sección 2.4). Otros indicadores (que no se cubren aquí) miden el uso de servicios específicos, como las pruebas del VIH o el tamizaje de ITS, la distribución de productos de prevención y la vinculación a la atención sanitaria y la observancia.

c. También es necesario monitorear servicios específicos en el contexto de la población y los indicadores prioritarios. Por ejemplo, si solo se ha llegado a dos tercios de los miembros estimados de las poblaciones clave, y únicamente la mitad ha acudido a la clínica, la aceptación de las pruebas del VIH será baja. Mejorar el desempeño de la plataforma en lo que respecta a la divulgación y la asistencia a las clínicas aumentará las tasas de pruebas.

Figura 6. Ejemplo de monitoreo de un programa para trabajadoras del sexo en Mombasa (Kenya)⁵⁵



Cuadro 10

Monitoreo del uso de servicios de salud mental en línea en Oriente Medio y Norte de África



De 2021 a 2022, FHI 360 y Pragma Corporation llevaron a cabo un programa de servicios de salud mental para personas LGBTQI+ en Argelia, Marruecos y Túnez.⁵⁶ Se ofrecieron sesiones con profesionales de la salud mental tanto en persona como en línea. El programa monitoreó la aceptación de ambas modalidades. En total, se impartieron 3.549 sesiones a 1.494 usuarios. En Argelia, solo el 1% de las sesiones se llevó a cabo mediante esta modalidad. En Marruecos, el 27% de las sesiones se impartieron virtualmente; en Túnez, el 37%. La tasa de absentismo del programa fue muy baja: un 2% en Argelia y un 10% en Marruecos y Túnez. El monitoreo de este programa proporciona información clave sobre la aceptabilidad de los servicios virtuales para poblaciones clave como parte de las plataformas de acceso de confianza.

Los códigos de identificación únicos armonizados siguen siendo cruciales para supervisar los programas, especialmente de los proveedores de servicios públicos, privados y no gubernamentales (cuadro 11).⁵⁷ Las preferencias de las poblaciones clave, así como su seguridad y protección, se tendrán en cuenta a la hora de implantar distintos tipos de códigos de identificación únicos.⁵⁸ Según un estudio realizado en 32 países, solo 11 de ellos contaban con un sistema de códigos de identificación únicos para las poblaciones clave que permitía eliminar la duplicación de los resultados y proporcionar cifras exactas de los usuarios que reciben diversos servicios.⁵⁹

Cuadro 11

Ejemplo de África: Uso de códigos de identificación únicos



En África, nueve países (Burundi, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Malí, Togo y Uganda) han integrado códigos de identificación únicos para las poblaciones clave en sus sistemas rutinarios de información sobre la gestión sanitaria.⁶⁰ En Sudáfrica se está llevando a cabo un proyecto piloto, cuyos resultados se esperan a finales de 2025.⁶¹

¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

Supervisar el desempeño de las plataformas es solo el primer paso en el monitoreo de los programas para poblaciones clave. Sin embargo, estos datos son esenciales para comprender si el programa está teniendo un buen rendimiento en otros indicadores y metas, tales como: preservativos, lubricantes, distribución de agujas y jeringas, pruebas del VIH, utilización de la PrEP, aceptación del tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y vinculación satisfactoria con la atención. Sin datos fiables sobre el tamaño de las poblaciones clave, quienes utilizan los servicios clínicos y a quienes se llega a través de la divulgación, resulta difícil interpretar los datos sobre el uso de servicios específicos o identificar las deficiencias.

Y lo que es más importante, los indicadores de la plataforma permiten monitorear el progreso general, identificar problemas y gestionar los programas para seguir mejorándolos. También son indicativos de la confianza y la participación de la comunidad. La aceptación parcial de la divulgación o una disminución de las visitas a las clínicas pueden indicar que las poblaciones clave están evitando a los educadores de pares o que, por alguna razón, no están satisfechas con los servicios, lo que justifica llevar a cabo una investigación más exhaustiva (véase también la sección 2.4 sobre la integración del monitoreo dirigido por la comunidad).

El objetivo de la plataforma es la identificación sistemática de las poblaciones clave, seguida de actividades de divulgación frecuentes y revisiones clínicas periódicas, con un seguimiento de los progresos realizados para alcanzar las metas y solventar las deficiencias identificadas. Las metas de servicios específicos, como las pruebas del

VIH y la vinculación con el tratamiento antirretroviral, se establecen a continuación en función de otros indicadores y criterios de elegibilidad.

¿Qué se necesita?

- Un sistema de monitoreo programático sólido y rutinario con códigos de identificación únicos e indicadores básicos estandarizados para los programas dirigidos a poblaciones clave, que se notifiquen de forma ascendente para obtener una visión a escala nacional de los avances y las deficiencias. Cuando sea posible, debe llegarse a un consenso sobre los códigos de identificación únicos que utilizarán los proveedores de servicios públicos, privados y comunitarios para las poblaciones clave.
- El plan de gestión debe reflejar la escala y los estándares previstos del programa, que se suelen resumir en un programa mínimo común, con metas claras. La gestión comienza a nivel local con la revisión periódica (semanal) del trabajo del educador de pares por parte del supervisor de pares. El supervisor revisa el trabajo de la semana anterior, analiza los problemas, recopila o registra datos y, a continuación, ayuda a planificar el trabajo de la semana siguiente. Del mismo modo, el navegador de pares analiza el trabajo y los problemas con los supervisores de manejo de casos, revisa los datos y ayuda a planificar el trabajo posterior.
- Las revisiones del panel de control de los indicadores prioritarios relacionados con la cobertura y la participación básicas, las pruebas del VIH y la vinculación y retención en el tratamiento antirretroviral se realizan mensualmente por centro (y a nivel de distrito intermedio y de programa central) para resolver activamente los problemas. Podrán organizarse revisiones de más alto nivel trimestral o anualmente, en las que participen otros socios o partes interesadas y donde se aborden áreas de enfoque adicionales (como la actualización del mapeo de alto nivel a escala). Se recomienda llevar a cabo encuestas simplificadas para capturar cuestiones como el autocuidado (véase la sección 2.3).

¿Está incluido en el presupuesto?

- Mapeo y estimación del tamaño de las poblaciones (véase [sección 2.1](#)).
- Reunión o proceso de planificación de los códigos de identificación únicos (si todavía no se utilizan) para los programas dirigidos a poblaciones clave de la zona (formación, ejecución y apoyo informático relacionados).
- En el marco de la ejecución local, visitas semanales de supervisión de apoyo para los educadores de pares por parte de supervisores y navegadores de pares con gestores de casos.
- Registro, limpieza y análisis de datos para elaborar paneles de control de los indicadores de programas prioritarios y de las cascadas de prevención y atención.
- Revisiones periódicas de los paneles de control con los equipos de divulgación y clínicos, el gobierno y los gestores del programa (nivel local: mensual; distrito intermedio: trimestral; y nivel central del programa: semestral).

Lecturas recomendadas

Monitoring HIV programmes with key populations. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).

Monitoring guide and toolkit for HIV prevention, diagnosis, treatment, and care programs with key populations. Durham, NC: FHI 360, 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).

Simple methods of monitoring and evaluating for LGBTQI advocates everywhere. Oakland, CA: MPact Global Action for Men's Health and Rights, 2021 (https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2021/02/MPact-Evaluation_Toolkit_6_spreads.pdf).

Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. *Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review*. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).

2.3. Monitoreo de resultados e impacto seleccionados

Es importante saber si los programas avanzan hacia las metas de resultados clave

¿En qué consiste?

Los métodos para medir los resultados y el impacto de los programas para poblaciones clave (sección 2.3) son diferentes de los utilizados para medir la cobertura (sección 2.2). Hay varias formas de hacerlo, entre ellas las encuestas bioconductuales integradas a gran escala, que deben realizarse cada cinco años. La nueva versión simplificada de estas encuestas (BBS-Lite) puede utilizarse para complementar los resultados de las encuestas bioconductuales integradas completas y los datos de los programas.⁶² Hasta cierto punto, los resultados y el impacto también pueden medirse utilizando los datos de los programas procedentes de las plataformas de acceso de confianza. Esto es especialmente útil en entornos con pocos recursos.

Los datos rutinarios de los programas sobre los resultados y el impacto de las plataformas de acceso de confianza pueden incluir:

1. Tendencias de las nuevas infecciones por sífilis diagnosticadas (a partir de un tamizaje sistemático con alta aceptación).
2. Tendencias en la seroconversión (a partir de pruebas periódicas del VIH entre personas seronegativas).^d
3. Tasas de supresión de la carga viral entre poblaciones clave en tratamiento antirretroviral

Para recopilar información más detallada sobre otros resultados de prevención del VIH, se pueden utilizar metodologías de encuestas simplificadas basadas en programas rutinarios, como encuestas bioconductuales simplificadas, encuestas rápidas de cobertura, encuestas en cabinas de votación (tabla 10) o metodologías asistidas por computadora realizadas en clínicas o en la comunidad.⁶³ Estas pueden servir para evaluar, entre otras cuestiones, el uso del preservativo, el uso de material de inyección estéril, experiencias de violencia o discriminación, el conocimiento sobre el estado serológico respecto al VIH y la supresión vírica. Pueden validarse con encuestas basadas en la población menos frecuentes y más rigurosas (p. ej., encuestas bioconductuales integradas).

d. Monitorear las nuevas ITS e infecciones por el VIH de este modo requiere garantías de confidencialidad, lo que es más factible en clínicas vinculadas a los programas y más difícil en el caso de las derivaciones externas. En la actualidad, el monitoreo del uso del tratamiento antirretroviral, la observancia y los resultados de la carga viral requiere una estrecha colaboración con los servicios clínicos, una función que ejerce el navegador de pares.

Tabla 10: Estructura y alcance recomendados de las tareas del equipo de estudio de encuestas en cabinas de votación

Coordinador del estudio (uno por cada dos o tres equipos de campo)

- Coordina y supervisa las actividades generales de los equipos que recopilan datos.
- Soluciona los problemas logísticos durante el desarrollo del estudio.
- Mantiene una comunicación regular y proporciona actualizaciones a los investigadores del estudio y a otras partes interesadas, como el gobierno, redes, etc.
- Realiza consultas comunitarias antes y después de recopilar datos.
- Difunde las conclusiones del estudio en los foros adecuados, incluidos los comunitarios.

Investigador o recopilador de datos de encuestas en cabina (uno por equipo)

- Dirige un procedimiento de consentimiento informado en grupo con los participantes potenciales de la encuesta en cabina, utilizando un formulario de consentimiento.
- Facilita las sesiones de las encuestas.
- Recopila las respuestas de la encuesta y rellena el formulario de información y el formulario de recuento.
- Presenta el formulario de comprobación de elegibilidad y el formulario de recuento de la encuesta en cabina a través de una plataforma para introducir datos mediante una tableta u otro dispositivo.

Investigador comunitario (dos por equipo de campo)

- Identifica una muestra aleatoria de entre 10 y 12 posibles participantes y lleva a cabo un control de elegibilidad en cada emplazamiento donde se lleva a cabo la encuesta.
 - Moviliza a los miembros seleccionados a la hora asignada para la encuesta en cabina.
 - Completa el formulario de control de elegibilidad.
 - Rellena la herramienta de monitoreo del muestreo de tiempo-lugar.
 - Supervisa y apoya la sesión de encuestas en cabina.
 - Recopila las respuestas de la encuesta en cabina.
-

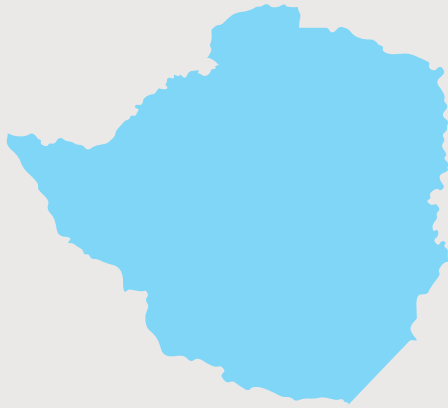
¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

Medir los resultados utilizando datos programáticos rutinarios procedentes de plataformas de acceso sólidas o encuestas simplificadas vinculadas a los programas ofrece varias ventajas importantes en comparación con las encuestas puntuales a gran escala: 1) los datos reflejan lo que está ocurriendo en todas las comunidades donde se lleva a cabo la intervención, en lugar de centrarse en un número limitado de lugares de muestreo; 2) se pueden seguir las tendencias con actualizaciones periódicas (en lugar de que pasen varios años entre encuestas); y 3) es mucho más rentable que las encuestas a gran escala. Cuando se triangulan con los indicadores de divulgación y aceptación de servicios de la plataforma, los programas pueden evaluar continuamente los avances hacia las metas de resultados e impacto y realizar los ajustes necesarios. Este análisis de datos de los programas también es útil para realizar los ajustes necesarios en el paquete de servicios, especialmente cuando existen riesgos intersectoriales (p. ej., trabajadores del sexo que se inyectan drogas) (cuadro 12). Lo ideal, y si los recursos lo permiten, sería realizar tanto grandes encuestas formales (p. ej., encuestas bioconductuales integradas) como encuestas

programáticas (encuestas bioconductuales simplificadas, encuestas rápidas de cobertura, encuestas en cabinas de votación) para captar a las personas a las que llega y a las que no llega el programa.

Cuadro 12

Cambios en la incidencia del VIH entre las trabajadoras del sexo en Zimbabwe



En Zimbabwe, los datos del programa "Sisters with A Voice" se utilizaron para calcular los cambios en la incidencia del VIH entre trabajadoras del sexo. Entre 2013 y 2023, los socios ejecutores recopilaban sistemáticamente datos sobre las pruebas del VIH en las visitas clínicas de este programa. La prevalencia del VIH se mantuvo estable entre 2013 y 2016-2017, pero disminuyó significativamente entre 2016-2017 (54,6%) y 2021-2023 (38,9%). Puesto que ni la mortalidad, ni el sesgo del muestreo ni la rotación de la población de trabajadoras del sexo explican los cambios recientes, es probable que puedan atribuirse a cambios programáticos, como el aumento de la cobertura del tratamiento entre los clientes varones y las opciones de prevención, incluida la ampliación de la cobertura de la PrEP. Se trata de un uso innovador de los datos de los programas que ayuda a medir el impacto en el contexto de las plataformas de acceso de confianza.⁶⁴

¿Qué se necesita?

- Tamizaje voluntario y rutinario de ITS, pruebas del VIH o monitoreo de la carga viral (si se da prioridad a estos parámetros).
- Códigos de identificación únicos y métodos para filtrar duplicidades, incluidas pruebas múltiples del VIH por individuo, y el seguimiento de la información sobre los usuarios a medida que se desplazan fuera de las zonas de captación de servicios no gubernamentales y comunitarios.
- Personal de organizaciones comunitarias o agentes de divulgación para realizar encuestas dirigidas por entrevistadores.
- Equipo para llevar a cabo encuestas en cabinas de votación o software para encuestas asistidas por computadora.

¿Está incluido en el presupuesto?

- Sistema de monitoreo sólido con datos de interacción entre pares y beneficiarios, junto con datos clínicos que se agreguen de forma ascendente (después de haber sido utilizados a nivel local).
- Formación de pares, supervisores de pares, navegadores de pares, gestores de casos y personal clínico apoyados por el proyecto en cuestiones relacionadas con los formularios, la introducción, la gestión y la seguridad de los datos.
- Personal del proyecto responsable de los datos agregados.
- Diseño, formación y adquisición de los suministros necesarios y ejecución de minicuentas en la comunidad.
- Apoyo informático y análisis de la información relacionada.

En el [anexo 5](#) se incluye una plantilla presupuestaria para realizar una encuesta bioconductual simplificada.

Lecturas recomendadas

Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021–2026*. Ginebra: ONUSIDA, 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

Expanded polling booth surveys (ePBS) for assessing HIV outcomes among key and prioritised populations: Implementation guide and manual. Nairobi: Partners for Health and Development in Africa, 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65c47b23b8b21c7e5803ac09_expanded%20Polling%20Booth%20Survey%20Manual_full%20document.pdf).

HIV prevention outcome monitoring workshop. Johannesburgo: South-South Learning Network, 2024 (<https://www.hivinterchange.com/events/sslhiv-prevention-outcome-monitoring-workshop>).

HIV Prevention Outcome Monitoring Toolkit (POMT). Anexo 2. Ginebra: El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2024 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).

The BBS-lite. A methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool. Ginebra: ONUSIDA, 2023 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/05/UNAIDS_BBS-liteTool_EN_WEB.pdf).

EpiC. Guideline for conducting a rapid coverage survey of HIV services among key populations. Durham, NC: FHI 360, 2023 (<https://www.fhi360.org/resources/guideline-conducting-rapid-coverage-survey-hiv-services-among-key-populations>).

2.4. Integración del monitoreo dirigido por la comunidad

El monitoreo dirigido por la comunidad es esencial para evaluar la calidad y accesibilidad de los servicios y garantizar que los datos generados se utilicen para adaptar las respuestas a las necesidades de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave, incluidos los jóvenes.

¿En qué consiste?

El monitoreo dirigido por la comunidad utiliza una plataforma estructurada y monitores de pares rigurosamente formados para recopilar y analizar datos cualitativos y cuantitativos sobre la prestación de servicios de VIH y establecer circuitos rápidos de feedback con los responsables de la toma de decisiones para aplicar reformas.⁶⁵ También puede utilizarse para monitorear el financiamiento, las políticas, los derechos humanos, la participación comunitaria y otros elementos de cualquier programa dirigido a poblaciones clave.^{66,67,68,69} Cada vez se reconoce más la importancia del monitoreo dirigido por la comunidad, por ejemplo, a través del PEPFAR en EE. UU.⁷⁰ Cuando se integra en las plataformas de acceso de confianza, este mecanismo puede ayudar a identificar problemas y crear soluciones conjuntas para eliminar obstáculos y optimizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de VIH. Algunos de los métodos de monitoreo dirigido por la comunidad más utilizados en las plataformas de acceso de confianza son:

- Clientes espía.
- Líneas directas de información.
- Hoja de puntuación comunitarias.
- Encuestas de registros clínicos.
- Entrevistas a la salida de los establecimientos.
- Debates en grupo y entrevistas de informadores clave con usuarios de los servicios y trabajadores sanitarios.

El monitoreo dirigido por la comunidad debe contar con el apoyo del programa y los datos que genere deben incorporarse sistemáticamente a las revisiones del programa y a las reuniones de resolución de problemas. Debe integrarse en la plataforma de acceso de confianza y estar dirigido por los usuarios que acceden a los servicios. Para que sea objetivo, el componente de monitoreo dirigido por la comunidad debe estar a cargo de una organización comunitaria que no participe en la prestación directa de servicios. Los enlaces informativos entre la comunidad y los grupos de poblaciones clave nacionales deben utilizar los datos del monitoreo dirigido por la comunidad para informar sobre la abogacía nacional o las soluciones a los retos a los que se enfrentan a nivel local. A medida que las comunidades se van apropiando de los programas, el monitoreo dirigido por la comunidad debe integrarse en los procesos de toma de decisiones y participación (tabla 11).

Tabla 11: Calcular la disponibilidad de servicios para las poblaciones clave como parte del monitoreo dirigido por la comunidad⁷¹

Visitas a los servicios durante el T2		Hoja de recuento de disponibilidad de servicios						Todos los servicios disponibles (sí/no)
		Pruebas del VIH		PrEP		Tratamiento de las ITS		
Usuario	Población clave	Buscado	Recibido	Buscado	Recibido	Buscado	Recibido	
101	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	Sí					Sí
107	Trabajadoras del sexo	Sí	Sí	Sí	No			No
85	Mujeres transgénero					Sí	No	No
143	Trabajadores del sexo varones					Sí	Sí	Sí
122	Personas que consumen drogas	Sí	Sí					Sí
98	Mujeres transgénero			Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
114	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	No					No
151	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Sí	Sí					Sí
89	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres					Sí	Sí	Sí
134	Mujeres transgénero			Sí	Sí			Sí
Total de visitas de usuarios: 10		Total de visitas en las que TODOS los servicios estaban disponibles: 7						
Puntuación de disponibilidad (7/10)		70%						

Nota: Debe existir un sistema sólido para proteger a los educadores de pares, navegadores de pares, otros proveedores de servicios sanitarios y a los usuarios de cualquier represalia por denunciar aspectos negativos de la prestación de servicios. Los protocolos de seguridad tendrán en cuenta este aspecto y garantizarán el anonimato de todos aquellos que participan en el monitoreo dirigido por la comunidad.

¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

La Estrategia mundial contra el sida da prioridad al monitoreo dirigido por la comunidad con el objetivo de garantizar que los datos generados por la comunidad se utilicen para adaptar las respuestas a las necesidades de las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave, incluidos los jóvenes. El monitoreo dirigido por la comunidad se asocia con una reducción de la estigmatización y la discriminación, una mayor utilización de los servicios de VIH, una menor frecuencia de desabastecimientos de medicamentos y una mayor probabilidad de conseguir la supresión de la carga viral.⁷²

Es fundamental que las plataformas de acceso de confianza respondan a las necesidades y problemas de la comunidad. Invertir lo antes posible en el monitoreo dirigido por poblaciones clave con un plan de acción mejora la confianza y participación en el programa, así como la calidad de los servicios (cuadro 13).

El monitoreo dirigido por la comunidad se asocia con una reducción de la estigmatización y la discriminación, una mayor utilización de los servicios de VIH, una menor frecuencia de desabastecimientos de medicamentos y una mayor probabilidad de conseguir la supresión de la carga viral.

Cuadro 13

Calidad de los servicios de VIH para poblaciones clave en Jamaica



En 2019, JFLAG seleccionó y formó a diez personas LGBTQ y aliados para que llevaran a cabo una evaluación mediante clientes espía con el fin de valorar la calidad de los servicios de VIH destinados a poblaciones clave en cinco clínicas de Jamaica. Los clientes espía fueron seleccionados a través de redes comunitarias. Durante la formación se elaboró y compartió con los participantes una herramienta de evaluación. Se realizaron 23 evaluaciones. La mayoría de los clientes espía (70%) consideraba que era fácil acceder a los servicios de VIH, mientras que el 28% pensaba lo contrario. Un 16% criticó a determinados establecimientos por falta de profesionalidad o de privacidad en las pruebas del VIH. Los clientes recomendaron ampliar la sensibilización sobre cuestiones de género para mejorar el acceso de las personas transexuales a los servicios.⁷³

¿Qué se necesita?

- Un plan de monitoreo dirigido por la comunidad para evaluar la calidad de los servicios mediante redes de pares, reuniones para recabar el feedback de la comunidad, recopilación sistemática de datos comunitarios, investigación cualitativa o métodos similares.
- Negociación con los servicios clínicos y las oficinas gubernamentales en relación con los datos comunitarios e identificación de plataformas de colaboración habitual y feedback bidireccional en reuniones periódicas.
- Apoyo para la recopilación de datos (si no forma parte de la divulgación rutinaria).
- Métodos y marcos sólidos de análisis de datos para garantizar la credibilidad de la información generada a través del monitoreo dirigido por la comunidad.
- Enlaces informativos con los grupos nacionales que abogan por las poblaciones clave, grupos técnicos de trabajo nacionales u otras estructuras pertinentes.
- Cuando sea posible, integración de los datos del monitoreo dirigido por la comunidad en los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación, incluidos los rutinarios como DHIS2.

¿Está incluido en el presupuesto?

- Formación (y reciclaje) de los recopiladores y supervisores de datos.
- Estipendios o salarios y transporte de los recopiladores de datos.
- Apoyo para las reuniones de feedback comunitario.
- Apoyo para la participación de la comunidad en las reuniones de resolución de problemas con los servicios de derivación y el gobierno.
- Monitoreo dirigido por la comunidad de los servicios del programa o de derivación.
 - Apoyo técnico y financiero para el monitoreo rutinario de las comunidades.
 - Formación de monitores comunitarios sobre los elementos de las normas internacionales de atención y servicios, métodos de recopilación de datos e información.
 - Herramientas probadas, base de datos creada, formación impartida y apoyo para la interpretación.
 - Vínculos con la red nacional de poblaciones clave.
- Apoyo para aplicar otros métodos cualitativos con asistencia técnica (p. ej., grupos focales, entrevistas a informantes clave, entrevistas de salida y cliente espía).
- Dispositivos electrónicos y suscripciones de software para sistemas de feedback de los usuarios (en caso necesario).
- Apoyo financiero y técnico para que miembros externos a la comunidad monitoreen la calidad.
- Elaboración de materiales de abogacía a partir de los datos del monitoreo dirigido por la comunidad.
- Reuniones de abogacía con los principales responsables de la toma de decisiones para presentar los datos del monitoreo dirigido por la comunidad y crear soluciones conjuntamente.

En el [anexo 4](#) se proporciona un modelo de presupuesto del monitoreo dirigido por la comunidad mediante un cliente espía.

Lecturas recomendadas

- Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations.* Selangor: SKPA2, 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- Makoni T, Kadziyanhike G, Mademutsa C, Mlambo M, Malama K. *Community-led monitoring: a voice for key populations in Zimbabwe.* J Int AIDS Soc. 2022;25 (Supl. 1):e25925 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9274208/pdf/JIA2-25-e25925.pdf>).
- State of healthcare for key populations.* Johannesburgo: Ritshidze, 2022 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2022/01/Ritshidze-State-of-Healthcare-for-Key-Populations-2022.pdf>).
- Mystery shopper assessment report.* Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica, 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- Manual on the "secret client" methodology for assessing the quality of the services related to HIV treatment and prevention among MSM and trans people.* Tallin: ECOM, 2018 (https://ecom.NGO/library/secret_client_en).
- LINK—electronic client feedback systems for HIV programs.* Durham, NC: FHI 360 Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-electronic-client-feedback-systems.pdf>).

2.5. Fortalecimiento de la capacidad y el liderazgo comunitarios

La capacitación y el empoderamiento de las comunidades es un proceso progresivo que surge cuando los programas dirigidos a poblaciones clave se ejecutan adecuadamente. Puede verse favorecido por una serie de actividades de fortalecimiento de los sistemas comunitarios.

¿En qué consiste?

El empoderamiento de las comunidades es un proceso progresivo que surge cuando los programas dirigidos a poblaciones clave se ejecutan adecuadamente. Puede verse favorecido por una serie de actividades para fortalecer los sistemas comunitarios. Los datos sugieren que el hecho de que la comunidad dirija los programas destinados a las poblaciones se asocia a mejores resultados clínicos y comportamientos positivos.⁷⁴

Las organizaciones dirigidas por poblaciones clave que participan activamente en los procesos de prestación de servicios deben recibir apoyo para reforzar su propia capacidad institucional, financiera y técnica. Los programas de poblaciones clave deben contar con planes para fortalecer la capacidad y mejorar la participación comunitaria dirigidos a pares y empleados. El desarrollo del personal requiere un mecanismo de capacitación o una unidad de capacidad técnica que facilite formación y supervisión de apoyo basadas en normas estrechamente vinculadas al monitoreo del programa. Los programas deben ofrecer oportunidades de promoción profesional dentro de las organizaciones, sobre todo para que los pares asciendan a puestos de supervisión o dirección.

Muchas organizaciones de poblaciones clave poseen conocimientos y experiencia avanzados. Por lo tanto, pueden actuar como proveedores de asistencia técnica para reforzar las plataformas de acceso de confianza. El apoyo técnico dirigido por las poblaciones clave es el más adecuado para este tipo de fortalecimiento de la capacidad. En la India, Kenya, Mozambique, Sudáfrica y Zimbabwe se han creado unidades de apoyo técnico para poblaciones clave con el fin de reforzar la capacidad de los programas y de los socios ejecutores (figura 7). Estas unidades prestan un apoyo flexible a los socios ejecutores de los programas, que cubre aspectos como la planificación estratégica, la divulgación comunitaria, el apoyo clínico, la capacitación, las comunicaciones y la orientación en materia de abogacía.⁷⁵

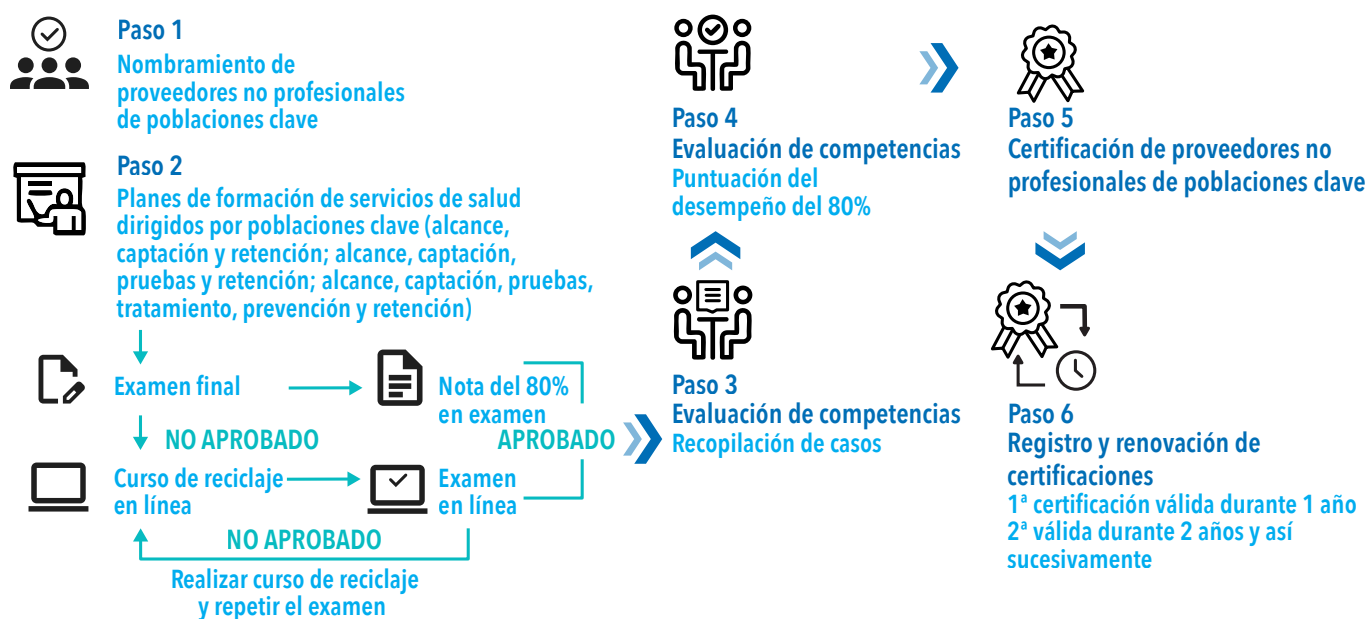
Figura 7. Estructura de un programa dirigido a poblaciones clave de la India que incorpora una unidad de apoyo técnico⁷⁶



¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

La capacitación de la comunidad y del personal facilita y refuerza la ejecución de los programas, y a la vez genera confianza y empodera a las comunidades para que puedan ejercer un papel de liderazgo. Reforzar la capacidad de las organizaciones dirigidas por y para las poblaciones clave es un componente importante de la sostenibilidad. Los modelos de prevención del VIH dirigidos por poblaciones clave son más rentables que los servicios públicos en algunos contextos^{77,78} (Cuadro 14). Además, la acreditación formal de las organizaciones de poblaciones clave es un paso importante para la contratación social y la cobertura sanitaria universal (figura 15).

Figura 8. Proceso de formación y acreditación de proveedores de servicios de salud dirigidos por poblaciones clave en Tailandia⁷⁹



Cuadro 14

Respuesta a la escasa utilización de los servicios de VIH entre las poblaciones clave de Tailandia



En 2015, se estableció un modelo de servicios de salud dirigidos por poblaciones clave para abordar la baja utilización de los servicios de VIH por parte de las poblaciones clave. Se elaboró un riguroso plan de formación y un proceso de certificación. Hasta la fecha, se ha formado a un total de 625 proveedores no profesionales pertenecientes a poblaciones clave. Se ha certificado a 30 centros de servicios de salud dirigidos por poblaciones clave y 22 reciben reembolsos directos del gobierno a través de la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria para la prestación de servicios. Estos servicios representaron el 55% de las pruebas de VIH realizadas en 2018 y el 82% de quienes recibían PrEP en 2021.⁸⁰

¿Qué se necesita?

- (Auto)evaluaciones para identificar las necesidades de capacitación.
- Planes de desarrollo de la capacidad organizativa e institucional, incluido el personal y los agentes de divulgación para los servicios previstos.
- Apoyo regular a través de una unidad de apoyo técnico o mecanismo similar.
- Aprendizaje entre pares y mentoría entre organizaciones dirigidas por poblaciones clave y líderes.
- Vías articuladas y planificadas para que las poblaciones clave asuman cada vez más responsabilidades en la planificación, ejecución y revisión de los programas, con planes de formación asociados.
- Fortalecimiento de los sistemas comunitarios a nivel local para promover facilitadores críticos, abordar las condiciones identificadas por las poblaciones clave y respaldar el empoderamiento de la comunidad.
- En la medida de lo posible, contar con un programa de formación y proceso de acreditación aprobados a nivel nacional.

¿Está incluido en el presupuesto?

- Evaluación de las necesidades de capacitación y proceso de planificación.
- Plan y actividades de refuerzo de las capacidades organizativas e institucionales.
- Unidad de apoyo técnico o mecanismo de capacitación similar, idealmente entre pares.
- Plan y actividades de fortalecimiento de los sistemas comunitarios: desarrollo del liderazgo, mentoría, abogacía e investigación.
- Adaptación de los materiales de capacitación existentes o desarrollo de otros nuevos.
- Apoyo para que las poblaciones clave participen en los espacios de toma de decisiones a todos los niveles.
- Apoyo a las comunidades para que establezcan vínculos con grupos de abogacía de poblaciones clave nacionales, regionales o mundiales.

Lecturas recomendadas

- ONUSIDA, PNUD, UNFPA. *Increasing support and partnerships with key HIV populations. In-reach online training*. Ginebra: ONUSIDA, 2023 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/increasing-support-and-partnerships-key-hiv-populations-reach-online-training>).
- El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, Enda Sante, Civil Society Institute for West and Central Africa. *Community pulse: assessing strengths, empowering change—a tool for community-led organizations*. Accra: Civil Society Institute for Health, 2024 (https://www.civilsocietyhealth.org/website/wp-content/uploads/2024/08/2024-Community-Pulse-Facilitators_v7-2.pdf).
- Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. *The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners*. J Glob Health Rep. 2020;4:e2020044 (<https://www.joghr.org/article/12926-the-importance-of-key-population-community-engagement-and-empowerment-in-hiv-programming-insights-from-a-global-survey-with-local-implementing-partner>).
- Training courses for health workers providing key population-led health services*. Community Partnership Project de USAID. Bangkok: Institute of HIV Research and Innovation, 2024 (https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2024/03/Course-syllabus_English.docx).
- Matambanadzo P, Otiso L, Kavhaza S, Bhattacharjee P, Cowan FM. *Community leadership is key to effective HIV service engagement for female sex workers in Africa*. J Int AIDS Soc. 2025;28:e26425 (<https://doi.org/10.1002/jia2.26425>).

2.6. **Sostenibilidad de los programas para generar un impacto permanente**

La integración de plataformas de acceso de confianza en la atención primaria de salud es esencial para la sostenibilidad a largo plazo. Los modelos de prestación de servicios y de financiamiento deben adaptarse a los contextos locales.

¿En qué consiste?

A medida que se acerca el plazo para conseguir las metas mundiales fijadas para 2030, es necesario transformar las respuestas al VIH con el fin de lograr una mayor sostenibilidad. La consecución de los objetivos es desigual, la ayuda internacional está disminuyendo, los avances hacia la cobertura sanitaria universal se han estancado y se requiere una respuesta diferente para llegar a las poblaciones más marginadas que se encuentran a la cola de la epidemia.⁸¹

Se necesita un cambio de enfoque para mantener los programas y servicios dirigidos a las poblaciones clave. En función de la disponibilidad de recursos y de su procedencia (interna o externa), existen distintos modelos de programas para poblaciones clave.⁸²

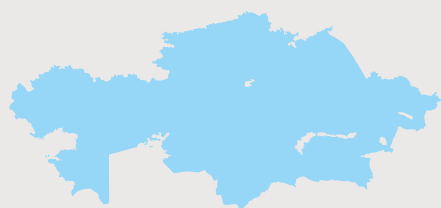
Es necesario explorar estrategias para integrar las plataformas de acceso de confianza en los sistemas de atención primaria de salud, como se indica en la sección 1.3.1, la figura 4 y la tabla 12. Los modelos de integración deben tener en cuenta el entorno jurídico y político, y en ningún caso pondrán en peligro la seguridad y la protección. Las preferencias de las poblaciones clave deben ocupar un lugar central a la hora de considerar las opciones de sostenibilidad.⁸³ Para mantener los avances será necesario incluir a las poblaciones clave en las políticas y la planificación de la atención primaria de salud.⁸⁴

Es fundamental ampliar la contratación social y otros mecanismos de financiamiento sostenible para los programas y servicios dirigidos a las poblaciones clave. Las políticas y directrices nacionales de contratación social deben incluir a las poblaciones clave y los programas de prevención del VIH (cuadro 15). En algunos países, los enfoques que combinan las donaciones públicas, empresariales e individuales han dado buenos resultados.⁸⁵

La reducción continua de la estigmatización y la discriminación y el cambio de las normas sociales son importantes para garantizar que no se retroceda en el camino hacia la sostenibilidad de las plataformas de acceso de confianza.

Cuadro 15

Contratos sociales estatales para programas destinados a poblaciones clave en Kazajstán



Kazajstán lleva utilizando la contratación social pública para la prevención del VIH desde 2009. Sin embargo, en 2018, las poblaciones clave solo eran beneficiarias de 4 de los 20 contratos sociales estatales para prevenir el VIH y la tuberculosis.⁸⁶ Entre 2020 y 2024, ICAP prestó apoyo técnico a la ciudad de Almaty con el fin de aumentar el financiamiento nacional destinado a las poblaciones clave. El apoyo se centró en definir las especificaciones técnicas para la contratación social específica de poblaciones clave; ofrecer formación a sus organizaciones; y prestar asistencia con las solicitudes. Como resultado, en 2022 y 2023 se destinaron 355.000 USD a contratos sociales estatales para programas de poblaciones clave. El número de personas que viven con el VIH que fueron diagnosticadas por ONG aumentó de un 5% en 2021 a un 10% en 2022 y 2023.⁸⁷

¿Por qué merece la pena invertir en esta área?

Los problemas de financiamiento del VIH son especialmente graves para las poblaciones clave. En 2023, se disponía únicamente de 487,5 millones USD para todos los programas dirigidos a poblaciones clave, de los cuales 261,5 millones USD estaban centrados en programas integrales de prevención, lo que cubría tan solo el 4,5% de la necesidad. Además, se calcula que solo el 14,2% del financiamiento destinado a las poblaciones clave procede de fuentes públicas nacionales.⁸⁸ En 2024, solo el 2,6% del financiamiento total para el VIH se destinó a programas para poblaciones clave, a pesar de que se calcula que representan el 80% de las nuevas infecciones por el VIH fuera de África subsahariana y alrededor del 25% en esta región.⁸⁹ El documento *Prevención 2030: un marco de acceso mundial (Prevention 2030 Global Access Framework)* hace hincapié en que el gasto en servicios de prevención del VIH para poblaciones clave (excluida la PrEP) debe alcanzar el 13% del financiamiento total para 2030.⁹⁰ El marco presenta una nueva meta prioritaria, dedicar a la prevención el 20% del financiamiento nacional para el VIH, y destaca que es especialmente crítico que se destinen recursos nacionales para las poblaciones clave.

En 2025, los drásticos cambios políticos del Gobierno de Estados Unidos pausaron y acabaron cancelando miles de millones de financiamiento para el VIH, lo que afectó

desproporcionadamente a los programas para poblaciones clave.^{91,92} Según una encuesta, el 88% de las organizaciones de poblaciones clave se han visto obligadas a despedir personal, el 77% están sufriendo incidencias en la cadena de suministro y el 76% han tenido que cerrar oficinas o puntos de prestación de servicios.⁹³ Es esencial encontrar soluciones que aumenten el financiamiento, especialmente el nacional, con el fin de mantener las plataformas de acceso de confianza.

Tabla 12: Integración de las plataformas de acceso de confianza para poblaciones clave a través de asociaciones entre ONG y clínicas en Malasia ("Modelo KK")⁹⁴

Plataforma de acceso de confianza para poblaciones clave basada en ONG en colaboración con el Ministerio de Salud	Plataforma de acceso de confianza para poblaciones clave basada en clínicas con asistencia de ONG	Programa para poblaciones clave basado en clínicas sin colaboración de ONG
<ul style="list-style-type: none"> ■ La oficina de la ONG, las clínicas y la zona de divulgación están cerca. ■ El gobierno absorbe los costos del espacio y suministros de la ONG. ■ Los agentes de divulgación (pares) trabajan en las oficinas de la ONG. ■ La dirección de la ONG supervisa las actividades cotidianas. ■ Los pares acompañan a los usuarios a una clínica pública cercana donde se ha establecido una asociación (allí se ofrece tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos y PrEP). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una asociación sólida entre el Ministerio de Salud y ONG. ■ El gobierno absorberá el costo administrativo de la gestión de pares. ■ El modelo se ejecuta en ciudades pequeñas. ■ Las actividades que llevan a cabo diariamente los pares las supervisa el personal de la clínica (supervisor del centro). ■ La ONG contratará y formará a pares. ■ La ONG se encargará de presentar informes (director o coordinador del programa). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solo se llevará a cabo si no hay ONG adecuadas en el estado o distrito. ■ El Departamento de Salud del Estado se encarga directamente de la supervisión técnica. ■ Contratación, formación y apoyo: Oficial Estatal de Sida. ■ Modelo temporal (se prefiere la sostenibilidad a largo plazo y la titularidad de las ONG locales).

En 2021, había 45 asociaciones de este tipo entre ONG y clínicas en Malasia, y otras siete recibían apoyo del Fondo Mundial.

¿Qué se necesita?

- Definir el conjunto de intervenciones para poblaciones clave que se incluirán y presupuestarán en el paquete nacional de prestaciones.
- Elaborar mapas de las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias que trabajan con poblaciones clave y que puedan asociarse con clínicas para ofrecer modelos integrados de atención, o a las que se puede animar a que presenten su candidatura a oportunidades de contratación social.
- Fijar normas de cálculo de costos para plataformas de acceso de confianza con el fin de facilitar la estandarización de los pagos gubernamentales o la absorción de los elementos del programa.
- Llevar a cabo reformas jurídicas y normativas que permitan prestar servicios

dirigidos por la comunidad para los elementos clave del programa (PrEP, tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos) y que faciliten la transferencia de fondos del gobierno a organizaciones dirigidas por la comunidad para que ofrezcan servicios a las poblaciones clave.

- Desarrollar o actualizar directrices nacionales de contratación social para incluir intervenciones dirigidas a poblaciones clave, entre otras, las de prevención del VIH.
- Establecer asociaciones clínico-comunitarias que permitan integrar las plataformas de acceso de confianza en la atención primaria de salud mediante un enfoque colaborativo que mantenga el liderazgo de las poblaciones clave y su titularidad de la prestación de servicios.

¿Está incluido en el presupuesto?

Tiempo para que los expertos jurídicos elaboren propuestas de modificación de políticas y proyectos de ley con el fin de ampliar la prestación de servicios dirigidos por la comunidad y los mecanismos de financiamiento nacionales de los programas dirigidos a poblaciones clave.

Apoyo técnico para llevar a cabo ejercicios de mapeo que fundamenten los esfuerzos de integración entre las ONG y las clínicas y amplíen el acceso a la contratación social.

Consultas con proveedores de servicios dirigidos a poblaciones clave para establecer normas de cálculo de costos basadas en la evidencia.

Sensibilización y formación de las clínicas públicas para que puedan prestar servicios adaptados a las necesidades de las poblaciones clave.

Reuniones conjuntas de revisión entre el gobierno, las clínicas y las organizaciones comunitarias sobre los resultados de las plataformas de acceso de confianza.

Lecturas recomendadas

- HIV response sustainability primer*. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2024/06/HIV-response-sustainability-response-primer_web.pdf).
- EpiC, Global black gay men connect. *Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities*. Versión 1. Durham, NC: FHI 360, 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).
- Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction*. Londres: Harm Reduction International, 2024 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
- HIV Leadership forum implementing social contracting for HIV prevention: policy brief*. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/implementing-social-contracting-hiv-prevention>).
- Differentiated service delivery: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy for key populations*. Ámsterdam: International AIDS Society, 2018 (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>).
- Ncube G. *Lessons learnt implementing Integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe*. Nueva York: ICAP-Columbia University, 2023 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/11/Ncube_Session-11c_DSD-for-Key-Populations_Final-for-posting.pdf).

ANEXOS



Anexo 1: Comparación de costos unitarios para las plataformas de acceso de confianza

A la hora de calcular los costos de las plataformas de acceso de confianza para las poblaciones clave, es útil comparar las estimaciones de recursos necesarios con los costos unitarios establecidos. Estos costos pueden variar considerablemente de un país a otro (e incluso de un distrito o de un socio ejecutor a otro). Las comparaciones pueden servir para garantizar que los costos unitarios sean razonables. Si son demasiado bajos, podría indicar que faltan elementos críticos del paquete. Si son demasiado elevados, es posible que la plataforma de acceso de confianza no sea sostenible (tabla 13).

Tabla 13: Costos unitarios regionales de la divulgación para poblaciones clave, estimación de recursos de ONUSIDA (modelización acelerada)⁹⁵

Región	Población	Costo unitario medio	Costo unitario promedio
África: Oriental y Meridional	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	128,00 USD	100,80 USD
	Trabajadores del sexo	80,40 USD	94,00 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	94,90 USD	135,00 USD
África: Occidental y Central	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	53,60 USD	51,20 USD
	Trabajadores del sexo	53,30 USD	52,70 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	89,40 USD	90,30 USD
Asia y el Pacífico	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	45,40 USD	44,50 USD
	Trabajadores del sexo	66,30 USD	77,40 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	144,80 USD	161,90 USD
El Caribe	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	44,50 USD	44,50 USD
	Trabajadores del sexo	29,90 USD	29,90 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	48,90 USD	48,90 USD
Europa Oriental y Asia Central	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	47,20 USD	44,60 USD
	Trabajadores del sexo	122,90 USD	108,10 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	117,00 USD	122,50 USD

Región	Población	Costo unitario medio	Costo unitario promedio
América Latina	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	44,50 USD	44,50 USD
	Trabajadores del sexo	29,90 USD	29,90 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	48,90 USD	48,90 USD
Oriente Medio y Norte de África	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	105,00 USD	105,00 USD
	Trabajadores del sexo	15,40 USD	15,40 USD
	Personas que consumen drogas inyectables	68,50 USD	68,50 USD

ONUSIDA llevó a cabo en 2024 una revisión que contiene más de 350 costos unitarios para intervenciones comunitarias y dirigidas por la comunidad destinadas a poblaciones clave en 26 países (tabla 14). Estos datos son más detallados y pueden ayudar a evaluar los costos o los recursos necesarios. Se puede acceder a la base de datos de revisiones sistemáticas a través del panel de control financiero sobre el VIH de ONUSIDA.⁹⁶

Tabla 14: Costos unitarios para intervenciones seleccionadas dirigidas a poblaciones clave, revisión de ONUSIDA de 2024 (varios estudios) ⁹⁷

País	Población	Intervención	Costo unitario
Burkina Faso	Trabajadoras del sexo	Costo por usuario seronegativo	56,70 USD
Côte d'Ivoire	Trabajadoras del sexo	Costo por kit de pruebas de autodiagnóstico del VIH distribuido	13,00 USD
Kenya	Trabajadoras del sexo	Costo por persona que se somete a pruebas	9,56 USD
India	Trabajadores del sexo varones	Costo por persona alcanzada	90,00 USD
	Personas transgénero	Costo por persona alcanzada	116,00 USD
Indonesia	Personas que consumen drogas inyectables	Costo por prueba del VIH	65,00 USD
México	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Costo por persona alcanzada	14,00 USD
Malí	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Costo por kit de pruebas de autodiagnóstico del VIH distribuido	28,00 USD
Senegal	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Costo por kit de pruebas de autodiagnóstico del VIH distribuido	27,00 USD
Sudáfrica	Trabajadoras del sexo	Costo de la PrEP por persona y año	146,60 USD
Tailandia	Trabajadores del sexo varones (Phuket)	Costo por persona atendida	74,90 USD
	Personas que consumen drogas inyectables (Yala)	Costo por persona atendida	144,20 USD
Uganda	Hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Costo por persona que se somete a pruebas	15,90 USD
Viet Nam	Personas que consumen drogas inyectables	Costo anual por persona en tratamiento de sustitución de opiáceos	378,00 USD
Zimbabwe	Poblaciones clave (sin desglose)	Costo por usuario que inicia la PrEP	86,00 USD

Anexo 2: Funciones del equipo de divulgación y gestión

Educadores de pares o agentes de divulgación	Navegadores de pares
<p>Los educadores de pares o agentes de divulgación participan en el equipo de manejo de casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Llegando a las poblaciones clave. ■ Garantizando su participación en los servicios de prevención y clínicos, y su regreso a los servicios en caso necesario. ■ Ayudando al equipo a localizar a las personas inactivas o perdidas durante el seguimiento. <p>Dependiendo del programa, los educadores de pares y los agentes que cuentan con la formación y la experiencia adecuadas a menudo pueden convertirse en navegadores o supervisores de pares.</p>	<p>La navegación entre pares es un enfoque que utilizan los programas de todos los países para garantizar que las poblaciones clave estén vinculadas a los servicios que necesitan, reciban orientación a lo largo del proceso de acceso a los mismos (y de permanencia en ellos) y participen en el equipo clínico de manejo de casos (con el gestor de casos y, posiblemente, personal clínico). Los navegadores de pares suelen ser seropositivos (o estar afectados por el VIH) y actúan como modelos de conducta que observan la medicación, saben cómo acceder a los servicios clave y utilizarlos, y pueden comunicar esa información de forma clara y precisa. El objetivo de la navegación entre pares es que las personas recién diagnosticadas reciban apoyo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inscribirse en el tratamiento y permanecer en la red de servicios para lograr la supresión viral. ■ Inscribirse en la prevención médica (p. ej., tratamiento antirretroviral) dentro de la red de servicios. ■ Observar el tratamiento. <p>La navegación entre pares retoma el trabajo donde tradicionalmente acaba la divulgación entre pares. Los navegadores de pares trabajan a tiempo completo como parte de un equipo de manejo de casos para ayudar a los beneficiarios seropositivos de los servicios a inscribirse y acceder a la atención y el tratamiento. Les ayudan a identificar y superar los obstáculos que interfieren en la consecución de sus objetivos personales relacionados con la salud. También ayudan a los usuarios seronegativos a recibir prevención con base médica y les prestan apoyo. Los navegadores de pares pueden proceder del grupo de agentes de divulgación entre pares, pero necesitan formación adicional para garantizar que posean conocimientos especializados sobre todos los servicios que están a disposición de los beneficiarios, tanto los que se prestan en establecimientos como en la comunidad. También deben recibir formación para prestar servicios de manejo de casos y comprender su responsabilidad a la hora de mantener la confidencialidad.</p>

Supervisores de pares

Los supervisores de pares contribuyen a los esfuerzos de divulgación apoyando y supervisando a los educadores de pares en su labor de llegar a las poblaciones clave y mantenerlas implicadas en la prevención y los servicios clínicos. Colaboran estrechamente con los educadores de pares revisando su trabajo y los datos, ayudándoles a planificar el trabajo posterior y participando en la resolución conjunta de problemas. Su papel también consiste en consolidar los datos de divulgación de los educadores de pares y garantizar que se comunican a instancias superiores. Además, participan en las reuniones pertinentes de gestión y revisión de datos.

Gestor de casos

Los gestores de casos contribuyen a mejorar los resultados de los pacientes a lo largo de todo el proceso de prevención y atención del VIH mediante:

- Vinculación con la prevención basada en el tratamiento antirretroviral.
- Vinculación inmediata con la atención y el tratamiento.
- Retención en la atención y el tratamiento.
- Observancia continua del tratamiento antirretroviral mediante la evaluación de las necesidades del paciente.
- Diseño, monitoreo y evaluación de planes y desarrollo del tratamiento.
- Enlace entre el paciente y otros proveedores de servicios para garantizar una atención integral.

Dependiendo del entorno (comunitario o en un establecimiento), el papel del gestor de casos puede variar. Diversos equipos (incluidos los navegadores de pares) pueden prestar servicios y ser designados como gestores de casos, en función del contexto y el programa. Un gestor de casos también puede participar en la coordinación con los establecimientos y el personal que no se encuentran en la zona de captación para garantizar que las poblaciones clave reciban apoyo y estén vinculadas a los servicios adecuados.

Anexo 3: **Matriz de progresión para plataformas de acceso de confianza**

Tabla 15: Modelo de madurez para una plataforma de acceso de confianza

	Práctica deficiente	Fase inicial	Consolidación	Alta calidad
Planificación o replanificación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los equipos móviles realizan visitas aleatorias a puntos críticos con metas puntuales. ■ No hay presencia continua en lugares de alto riesgo ni participación comunitaria. ■ Los educadores de pares no cuentan con supervisión. ■ No se repiten los mapas para actualizar las estimaciones del tamaño de las poblaciones ni sus ubicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mapeo de alto nivel para identificar las áreas prioritarias nacionales y las deficiencias de los programas. ■ El mapeo programático y las estimaciones del tamaño de las poblaciones orientan la divulgación local y la derivación a los servicios. ■ La divulgación entre pares se ha diseñado para tener una presencia permanente en los puntos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Microplanificación para capacitar a los agentes de divulgación comunitaria con el fin de evaluar y mejorar su trabajo. ■ Metas revisadas periódicamente mediante paneles de control de los indicadores prioritarios de los programas, asesoramiento y pruebas del VIH, y vinculación a la atención para evaluar los avances. ■ Validación periódica de los lugares de alto riesgo para ajustar los denominadores y las metas de las estimaciones del tamaño de las poblaciones e identificar a personas que no estén cubiertas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala alcanzada cubriendo las principales zonas nacionales de trabajo sexual. ■ Aceptación de la divulgación ■ >90% de las estimaciones del tamaño de las poblaciones en la mayoría de los lugares. ■ Frecuencia de divulgación al menos mensual. ■ Asesoramiento y pruebas del VIH regulares para personas seronegativas según los procedimientos operativos normalizados del país. ■ Vínculos sólidos con la atención y la observancia. ■ Esfuerzos especiales para llegar a las personas desatendidas.

	Práctica deficiente	Fase inicial	Consolidación	Alta calidad
Fijación de metas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivos limitados de alcance, pruebas y rendimiento. ■ La falta de identificadores únicos no permite relacionar el desempeño con las estimaciones del tamaño de las poblaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fijación de metas claras en al menos cuatro indicadores prioritarios de los programas para la divulgación: captación y frecuencia de la divulgación, captación y frecuencia de las visitas clínicas. ■ Metas claras de vinculación al tratamiento y la retención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Progresos documentados con >90% de aceptación de la divulgación, contactos frecuentes de divulgación, >80% de aceptación de las visitas clínicas y revisiones periódicas. ■ Avances documentados en la vinculación al tratamiento y la retención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las metas de la divulgación se estratifican en función del riesgo, con contactos más frecuentes (semanales) para las personas consideradas en mayor riesgo. ■ Enfoques diferenciados desarrollados para la vinculación con el tratamiento y la retención.
Monitoreo y supervisión	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin monitoreo ni supervisión de los avances (aceptación o frecuencia de la divulgación). ■ No hay denominadores de población. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se ha establecido un marco de monitoreo y supervisión para seguir los avances y apoyar al personal clínico y de divulgación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sistemas de microplanificación con supervisión semanal y planificación del trabajo de divulgación, centrados en los indicadores prioritarios de los programas. ■ Los navegadores de pares planifican el seguimiento de los miembros de las poblaciones clave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reuniones mensuales y trimestrales a niveles superiores para revisar datos, resolver problemas persistentes y apoyar a los equipos locales.

	Práctica deficiente	Fase inicial	Consolidación	Alta calidad
Divulgación	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se monitorea la frecuencia ni la utilización. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La divulgación entre pares está organizada para cubrir lugares de alto riesgo con ratios adecuadas (aproximadamente 1:50 educadores de pares por miembros de poblaciones clave). ■ Los navegadores de pares están organizados para prestar apoyo a los miembros de las poblaciones clave con relación al tratamiento o la prevención médica (una ratio de entre 1:20 y 1:30 navegadores de pares por miembros de poblaciones clave que necesiten servicios). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acercarse a un 90% de utilización de la divulgación y contactos de divulgación mensuales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alto nivel de cobertura (90% o "saturación"), plena utilización con contactos frecuentes.
Intervenciones con productos de prevención (preservativos, lubricantes, agujas y jeringas)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sistemas o metas intermitentes, sin planificación y basados en la necesidad, suministro intermitente con desabastecimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distribución periódica de preservativos y lubricantes (y agujas y jeringas) a través de la divulgación, con apoyo logístico operativo y refuerzo de los mensajes en las visitas clínicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La promoción y distribución de preservativos reflejan la necesidad evaluada (es decir, está en relación con el número de usuarios registrados). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sólido sistema de promoción y distribución de preservativos, sin desabastecimientos ni interrupciones. ■ Uso del preservativo evaluado mediante encuestas en cabinas de votación. ■ O método de enFase inicial elacionado.

	Práctica deficiente	Fase inicial	Consolidación	Alta calidad
Servicios clínicos o médicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ No se monitorea la frecuencia ni la utilización. ■ Sin asistencia ni seguimiento de las derivaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promoción de las visitas clínicas para revisiones periódicas. ■ Establecimiento de un sistema de derivación para servicios médicos adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ >80% de utilización de las visitas clínicas, seguidas de revisiones periódicas. ■ Los usuarios derivados reciben ayuda para acudir a las clínicas y se presta apoyo a la observancia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisiones periódicas trimestrales. ■ Evidencia de reducción de las ITS. ■ Sólido manejo de casos con una alta observancia documentada del tratamiento y la prevención.
Intervenciones estructurales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación y diálogo sobre los principales problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mecanismo de denuncia y respuesta a la violencia. ■ Establecimiento de vínculos con redes nacionales de poblaciones clave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los grupos de autoayuda o comités comunitarios establecen las prioridades, ejecutan las respuestas y monitorean el impacto.
Titularidad de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación y compromiso inmediato del programa con la comunidad de poblaciones clave. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ El programa trabaja con la comunidad de poblaciones clave en la ejecución de las intervenciones. ■ La comunidad participa en la toma de decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacitación de los miembros de la comunidad de poblaciones clave para que asuman cada vez más funciones de liderazgo en las organizaciones no gubernamentales y comunitarias. ■ Un plan de progresión claro para aumentar la responsabilidad y el liderazgo de la comunidad.

Anexo 4: Modelo de presupuesto para el mapeo programático

La tabla 16 muestra un modelo de presupuesto para el mapeo programático participativo de las poblaciones clave.^e Las cifras son ilustrativas y deben adaptarse al país y al tamaño de las zonas que van a ser objeto del ejercicio de mapeo. La tabla 17 muestra los costos estimados para realizar el mapeo programático participativo y estimar el tamaño de las poblaciones clave.

Tabla 16: Modelo de presupuesto para el mapeo programático participativo y la estimación del tamaño de las poblaciones clave⁹⁸

Fase	N.º	Costo unitario	N.º de semanas	% nivel de esfuerzo	Total
1. Presupuesto de la fase de preparación					
Evaluación del entorno jurídico	1	-	-	-	1.000 USD
Evaluación de la preparación del mapeo	1	-	-	-	500 USD
Investigación formativa sobre tipología de lugares y subgrupos	1	-	-	-	1.500 USD
Participación comunitaria	1	-	-	-	500 USD
Revisión ética	1	-	-	-	500 USD
Junta comunitaria de asesoramiento	1	-	-	-	300 USD
Trabajo formativo para desarrollar el protocolo y los instrumentos	1	-	-	-	200 USD
Trabajar para diseñar un plan de emergencia y asistencia jurídica	1	-	-	-	500 USD
2. Presupuesto de trabajo de campo					
A. Nivel nacional					
Gestor en el país	1	500 USD	22	100%	11.000 USD
Especialista en mapeo	1	300 USD	13	50%	1.950 USD
Persona responsable del presupuesto y la administración	1	300 USD	22	100%	6.600 USD
Gestor de datos	2	300 USD	16	100%	9.600 USD
Taller formativo de cuatro días - Participantes: partes interesadas nacionales	10	100 USD	-	-	1.000 USD
Taller formativo de cuatro días - Participantes: equipo nacional	5	100 USD	-	-	500 USD
Participantes: dos personas de cada área (diez áreas)	20	500 USD	-	-	10.000 USD
Gastos de transporte y desplazamiento a los distritos para el trabajo de campo	1	400 USD	20	-	8.000 USD

e. En este ejemplo se parte de la base de que hay diez áreas geográficas, con un total de 49 zonas: una ciudad de 1.000.000 de habitantes; una ciudad de 250.000; un distrito de 200.000; cinco ciudades de 150.000 y dos áreas de 100.000.

Taller nacional de feedback y planes de acción	1	300 USD	-	-	1.000 USD
B. Nivel de área geográfica seleccionada (puede constar de varias zonas): 1 por área geográfica					
Supervisor local de campo	1	300 USD	2	100%	600 USD
Supervisor adjunto	2	200 USD	2	100%	800 USD
Formación: dos días cada uno	3	800 USD	1	1	2.400 USD
Formación de entrevistadores	10	150 USD	1	100%	1.500 USD
Formación de movilizadores sociales	10	150 USD	1	100%	1.500 USD
Suministros	1	400 USD	1	1	400 USD
Reunión de las partes interesadas locales para presentar el estudio antes del trabajo de campo	1	500 USD	1	1	500 USD
Taller de feedback y planes de acción	1	500 USD	1	1	500 USD
Total local para un área geográfica seleccionada	-	-	-	-	8.200 USD
C. Nivel de zona (población de la zona: 50.000)					
Supervisor local de campo	1	300 USD	0,5	100%	150 USD
Supervisor adjunto	2	200 USD	0,5	100%	200 USD
Entrevistadores	10	150 USD	0,5	100%	750 USD
Movilizadores sociales	10	150 USD	0,5	100%	750 USD
Fotocopias de cuestionarios y hojas informativas	800	0,25 USD	1	1	200 USD
Transporte	1	1.000 USD	0,5	1	500 USD
Técnicos responsables de introducir datos	2	150 USD	0,5	50%	75 USD
Total local para una zona	-	-	-	-	2.625 USD
TOTAL					244.650 USD

Tabla 17: Costos estimados para realizar el mapeo programático participativo y estimar el tamaño de las poblaciones clave

Tamaño del área objeto de mapeo	Costo estimado (en USD)
Ciudad de dos millones	113.000 USD
Ciudad de un millón	61.000 USD
Ciudad de 500.000	34.500 USD
Ciudad de 250.000	21.500 USD
Ciudad de 100.000 o menos	13.500 USD o menos
Distrito con zonas urbanas y rurales/población del distrito igual o inferior a 100.000 habitantes	15.000 USD

Anexo 5: **Plantilla presupuestaria para una encuesta bioconductual simplificada**

El costo estimado de una encuesta bioconductual simplificada es de 80.000 USD (tabla 18), frente a los 200.000 USD de una encuesta bioconductual integrada completa.⁹⁹

Tabla 18: Modelo de presupuesto para una encuesta bioconductual integrada simplificada

	Unidades	Número/frecuencia	Costo unitario	Costo total
Costos de personal				
Investigador principal				
Coinvestigadores				
Coordinador del estudio				
Recopiladores de datos (personal de servicios de salud/ONG)				
Gestor de bases de datos				
Estadístico				
Apoyo administrativo				
Subtotal				
Costos totales de personal				
Costos de reunión				
Alquiler de locales				
Refrigerios				
Subtotal				
Costos de investigación				
Revisión ética				
Subtotal				
Base de datos				
Desarrollo de base de datos e instrumentos de encuesta				
Servidor para alojar la base de datos (cargo mensual)				
Subtotal				
Captación y recopilación de datos				
Impresión (formularios de consentimiento e informativos, cupones)				
Tabletas (compra, alquiler, existentes)				
Reembolso a los participantes				
Subtotal				

	Unidades	Número/frecuencia	Costo unitario	Costo total
Informes y publicaciones				
Diseño				
Impresión				
Subtotal				
Costos de apoyo				
Material de oficina				
Transporte				
Subtotal				
Costos totales no relacionados con el personal				
Costos totales				

Anexo 6: Modelo de presupuesto para una investigación con clientes espía dirigida por pares

La tabla 19 muestra un ejemplo de un presupuesto para llevar a cabo el monitoreo dirigido por la comunidad utilizando un modelo de clientes espía y pares de la plataforma de acceso de confianza. Según este ejemplo de tres grandes áreas metropolitanas, la selección y la formación de los clientes espía fueron las tareas de mayor costo. El precio de poner en marcha esta investigación fue de 10.001 USD. Los costos medios de ejecución por visita fueron de 228 USD durante cuatro meses. Los costos medios de ejecución anual por visita fueron un 33% inferiores (151 USD). Sin embargo, cabe destacar que este ejemplo es de los Estados Unidos de América. Los costos pueden ser significativamente menores en países de ingresos bajos y medianos.

Los costos orientativos para las organizaciones que ejecuten y apliquen el monitoreo dirigido por la comunidad pueden oscilar entre 100.000 y 150.000 USD anuales.¹⁰⁰ Esto incluye los costos de recopilación, gestión y análisis de datos, operaciones y personal del proyecto, formación y capacitación, intervenciones de abogacía, organización de reuniones de partes interesadas y visitas de monitoreo o auditorías de calidad de los datos. El rango de costos varía por país en función del costo de vida general, el número de puntos de recopilación de datos, el uso de la recopilación de datos en papel frente a digital, el número de personal, la distancia entre los emplazamientos y la ubicación de los puntos de recolección de datos (urbano/periurbano/rural).

Tabla 19: Actividades y costos de la investigación con clientes espía dirigida por pares en un programa para poblaciones clave en los Estados Unidos de América¹⁰¹

Actividades y costos	Gran ciudad 1	Gran ciudad 2	Gran ciudad 3	Porcentaje del total
Actividades de puesta en marcha				
Gestión del inicio del proyecto	5.779 USD	5.873 USD	5.804 USD	58%
Desarrollo del protocolo del cliente	3.284 USD	3.284 USD	3.284 USD	33%
Formación del personal del centro de investigación en el protocolo de compras	898 USD	898 USD	898 USD	9%
Subtotal: costos de puesta en marcha	9.961 USD	10.055 USD	9.986 USD	100%
Actividades de ejecución				
Identificación de la clínica	466 USD	466 USD	466 USD	5%
Contratación de clientes espía	2.529 USD	2.824 USD	3.862 USD	31%
Formación de clientes espía	843 USD	811 USD	1.216 USD	10%
Incentivos para la formación de clientes espía	600 USD	900 USD	900 USD	8%
Gastos varios de formación (comida, aparcamiento)	101 USD	134 USD	44 USD	<1%
Coordinación de las visitas de los clientes espía a los establecimientos	1.111 USD	1.048 USD	1.816 USD	13%

Actividades y costos	Gran ciudad 1	Gran ciudad 2	Gran ciudad 3	Porcentaje del total
Incentivos para las visitas de los clientes espía	1.600 USD	2.000 USD	4.500 USD	27%
Reunión informativa del personal con los clientes espía sobre los resultados de la visita a los establecimientos	578 USD	441 USD	728 USD	6%
Subtotal: costos de ejecución	7.828 USD	8.623 USD	13.533 USD	100%
Costo total	17.789 USD	18.678 USD	23.519 USD	100%
Establecimientos				
Número de establecimientos (n)	17	19	30	
Número de visitas (n)	34	38	60	
Costos por cada cuatro meses de prueba				
Costo de ejecución por visita	230 USD	227 USD	226 USD	
Costo total por visita	523 USD	492 USD	392 USD	
Costo por año				
Costo de ejecución por visita	145 USD	150 USD	159 USD	
Costo total por visita	248 USD	233 USD	214 USD	

REFERENCIAS

- 1 Coalición Mundial para la Prevención del VIH. Key population trusted access platforms. *Considerations in planning and budgeting for a key population platform to deliver scaled, quality HIV prevention and treatment services and for addressing critical enablers*. Ginebra: ONUSIDA, 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/considerations-planning-and-budgeting-key-population-trusted-access-platform-july-2020>; consultado el 6 de marzo de 2025).
- 2 Godbole R. *Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries*. Washington D. C.: Center for Global Development, 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 3 *Congressional Budget Justification, FY 2026*. Washington D. C.: Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2025; p. 126 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
- 4 Nolen S. *Trump budget office is withholding H.I.V. funds that Congress appropriated*. Nueva York: The New York Times, 21 de agosto de 2025 (<https://www.nytimes.com/2025/08/21/health/hiv-aids-pepfar-funding-trump.html>).
- 5 *Repriorización y revisión de las actividades de las subvenciones del CS7*. Ginebra: El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/gc7-reprioritization/>).
- 6 Alcorn K. *US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment*. Aidsmap. 21 de julio de 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
- 7 *PrEP delivery imperiled*. Nueva York: AVAC, 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
- 8 Ten Brink D, Martin-Hughes R, Bowring AL, Wulan N, Burke K, Tidhar T. *Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study*. The Lancet HIV. 2025;12(5):e346-e354 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(25\)00074-8/fulltext#fig3](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(25)00074-8/fulltext#fig3)).
- 9 Godbole, R. *Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries*. Washington D. C.: Center for Global Development, 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 10 *GC7 programmatic reprioritization approach: protecting and enabling access to lifesaving services*. El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2025 (https://resources.theglobalfund.org/media/sveowiic/cr_gc7-programmatic-reprioritization-approach_summary_en.pdf).
- 11 *Rapid operational guidance on maintaining essential HIV, Hepatitis and STI services during the US Government Funding Pause*. Ginebra: OMS, pendiente de publicación.

- 12 INPUD, NSWP, GATE, MPact, GBGMC WE INSIST! *Non-negotiables for and by key populations in the reprioritisation and revision of Global Fund programmes in Grant Cycle 7*. Edimburgo: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP), 2025.
- 13 Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *Prevention 2030: A global access framework for country-led HIV responses*. Pendiente de publicación.
- 14 Ncube G. *Lessons learnt implementing Integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe*. 7.ª Reunión anual de CQUIN. Del 13 al 17 de noviembre de 2023. Johannesburgo.
- 15 Coalición Mundial para la Prevención del VIH, South to South Learning Network. *Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania*. Johannesburgo: SSLN, 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; consultado el 2 de marzo de 2025).
- 16 Cowan FM, Musemburi S, Matambanadzo P, Chida P, Steen R, Makandwa R. *Using a programme science approach to substantially reduce the risk of HIV transmission and acquisition in sex transactions among female sex workers in Zimbabwe*. J Int AIDS Soc. 2024;27:e26262 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236902/>; consultado el 1 de marzo de 2025).
- 17 *Smart ladies mobilizes the community to promote the rights and well-being of sex workers in Nakuru, Kenya*. EpiC success story. Durham, NC: FHI 360, 2021 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-kenya-success-story-kpif.pdf>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 18 *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave*. Ginebra: OMS, 2022 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052390>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 19 *WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP*. Ginebra: OMS, 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378164/9789240097230-eng.pdf?sequence=1>; consultado el 10 de abril de 2025).
- 20 *Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre-exposure prophylaxis*. Ginebra: OMS, 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240111608>; consultado el 30 de julio de 2025).
- 21 *Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for sex workers*. Nota normativa. Ginebra: OMS, 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076198>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 22 *Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people who inject drugs*. Nota normativa. Ginebra: OMS, 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240071858>; consultado el 10 de febrero de 2025).

- 23 *Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for men who have sex with men.* Nota normativa. Ginebra: OMS, 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076174>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 24 *Recommended package of enabling and health interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for trans and gender diverse people.* Nota normativa. Ginebra: OMS, 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076211>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 25 *New good practice statement on counselling behavioural interventions for key populations to prevent HIV, viral hepatitis and STIs.* Nota normativa. Ginebra: OMS, 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240072275>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 26 *Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changing funding landscape: operational guidance.* Ginebra: OMS, 2025 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/sustaining-hiv--viral-hepatitis-and-sti-priority-services-in-a-changing-funding-landscape_pre-launch.pdf?sfvrsn=a7d3ea3f_6&download=true; consultado el 30 de julio de 2025).
- 27 *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave.* Ginebra: OMS, 2022 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052390>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 28 USAID, PEPFAR, Linkages, Fundación Bill y Melinda Gates, Universidad de Manitoba. *Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care and treatment programs.* Durham, NC: FHI 360 Linkages, 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; consultado el 2 de marzo de 2025).
- 29 UNFPA, The Global Forum on MSM and HIV, PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT).* Ginebra: OMS, 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; consultado el 1 de marzo de 2025).
- 30 Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. *Microplanning at scale with key populations in Kenya: optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization.* PLoS One. 2018;13(11):e0205056 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- 31 Coalición Mundial para la Prevención del VIH, South to South Learning Network. *Impact Case: Developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania.* Johannesburgo: SSLN, 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; consultado el 2 de marzo de 2025).
- 32 *Designing outreach and microplanning for key population programmes.* Johannesburgo: South to South Learning Network (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; consultado el 2 de marzo de 2025).

- 33 Avahan, Fundación Bill y Melinda Gates. *Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook*. Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); consultado el 2 de marzo de 2025).
- 34 Linkages. *Programmatic mapping and microplanning. Standard operating procedure, Sri Lanka*. Durham, NC: FHI 360 Linkages, 2020 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; consultado el 2 de marzo de 2025).
- 35 Linkages. *Ensuring compliance with LINKAGES data safety and security checklists*. Durham, NC: FHI 360; Linkages, 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/data-safety-guidance.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2025).
- 36 ONUSIDA, OMS. *Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate*. Nota normativa. Ginebra: ONUSIDA, 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; consultado el 14 de abril de 2025).
- 37 Linkages. *Social media mapping for planning online HIV outreach and service delivery*. Durham, NC: FHI 360 Linkages, 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; consultado el 4 de marzo de 2020).
- 38 ONUSIDA, OMS. *Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate*. Nota normativa. Ginebra: ONUSIDA, 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; consultado el 14 de abril de 2025).
- 39 Ibid.
- 40 Bateganya M. *Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations—Virtual meeting*. Nueva York: ICAP-Columbia University, 2021 (https://quin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya-CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; consultado el 6 de marzo de 2025).
- 41 *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave*. Ginebra: OMS, 2022 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052390>; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 42 Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. *Estimating the size of key populations: current status and future possibilities*. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):107-114 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6787402/pdf/nihms-1053821.pdf>).
- 43 *Mapping and population size estimates of sex workers*. Edimburgo: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP), 2015, p. 3 (https://www.nswp.org/sites/default/files/Mapping%26Population%20Size%20Estimates%20Policy%20Brief%2C%20NSWP%20-%20November%202015_0.pdf).

- 44 Loeb T, Willis K, Velishavo F, Lee D, Rao A, Baral S. *Leveraging routinely collected program data to inform extrapolated size estimates for key populations in Namibia: small area estimation study*. JMIR Public Health Surveill. 2024;10(1):e48963 (<https://publichealth.jmir.org/2024/1/e48963/>).
- 45 SANAC, NDOH. *South Africa's national sex worker HIV, TB and STI plan: 2019-2022*. Pretoria: Consejo Nacional de Sida de Sudáfrica, 2021, p. 32 (<https://sanac.org.za/wp-content/uploads/2021/07/NATIONAL-SEX-WORKER-PLAN-WEB-FINAL.pdf>).
- 46 Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026*. Ginebra: ONUSIDA, 2022, p. 8 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
- 47 *The BBS-lite implementation tool*. Ginebra: ONUSIDA, 2024, págs. 56-64 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 48 *Directrices sobre encuestas bioconductuales en grupos de población con riesgo de VIH*. Apéndice I-4: Lista de verificación del diseño de la encuesta. Ginebra: OMS, 2017 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/978-92-4-151301-2>).
- 49 *Monitoring HIV programmes with key populations*. Ginebra: ONUSIDA, 2024, p. 51 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf; consultado el 10 de febrero de 2025).
- 50 *Ibid*, p. 10 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).
- 51 Ngure K, Ortblad KF, Mogere P, Bardou AR, Thomas K, Mangale D. *Six-month PrEP dispensing with HIV self-testing to improve the efficiency of delivery in Kenya: a randomized non-inferiority implementation trial*. The Lancet HIV. 2022;9(7):e464.
- 52 Avahan, Fundación Bill y Melinda Gates. *Micro-planning in peer led outreach programs: a handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. Detailed guidelines, best practices and implementation tools*. Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2013; herramientas 4 y 8 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)).
- 53 Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *New directions in measuring combination HIV prevention. A think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021-2026*. Ginebra: ONUSIDA, 2022, p. 11 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
- 54 *Innovate-implement-integrate: policy brief on virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis*. Ginebra: ONUSIDA, 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
- 55 Linkages. *Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care, and treatment programs*. Ginebra: ONUSIDA, 2016, p. 40 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).

- 56 *Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia*. Durham, NC: FHI 360, 2022 (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; consultado el 24 de noviembre de 2025).
- 57 *Linkages. Unique identifier codes: guidelines for use with key populations*. Durham, NC: FHI 360, Linkages, 2016 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-uic-guidance.pdf>).
- 58 KELIN, Kenya Key Populations Consortium. "Everyone said no" *Biometrics, HIV and human rights: a Kenya case study*. Nairobi: KELIN, 2018 (<https://www.kelinkenya.org/wp-content/uploads/2022/12/Everyone-said-no.pdf>).
- 59 *Global summary of findings of an assessment of HIV services packages for key populations in six regions*. Washington D. C.: AMPG Health, 2019; p. 15 (<https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2019/04/ASSESSMENT-OF-HIV-SERVICES-PACKAGES-FOR-KEY-POPULATIONS-IN-SIX-REGIONS.pdf>).
- 60 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. *Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review*. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).
- 61 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. *Piloting the inclusion of the key populations unique identifier code in the South African routine health information management system: protocol for a multiphased study*. *JMIR Res Protocols*. 2024;13(1):e55092 (<https://www.researchprotocols.org/2024/1/e55092/>).
- 62 ONUSIDA, OMS. *The bio-behavioural survey "lite": a methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool*. Ginebra: ONUSIDA, 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/BBS-lite-tool_en.pdf).
- 63 *HIV prevention outcome monitoring toolkit (POMT)*. Ginebra: El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2024; Anexo 2 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).
- 64 Chabata S, Jones HS, Hove T, Ali S, Bansi-Matharu L, Machingura F, Takaruza A, Matambanadzo P, Dirawo J, Steen R, Busza J, Yekeye R, Mugurungi O, Phillips A, Cowan FM, Hargreaves JR. *Decline in HIV prevalence among female sex workers in Zimbabwe between 2013 and 2023* (in press).
- 65 *Establishing community-led monitoring of HIV services*. Geneva: ONUSIDA, 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
- 66 *Resource tracking for HIV prevention research and development*. Publicación anual del grupo de trabajo. Nueva York: (AVAC) (<https://www.hivresourcetracking.org/>).
- 67 *Global HIV policy watch*. Washington D. C.: International Association of Providers of AIDS Care (<https://www.hivpolicywatch.org/>).
- 68 *Community engagement monitoring tool manual 2023*. Bryanston, Sudáfrica: International Treatment Preparedness Coalition, 2023 (https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/09/Community-Engagement-Monitoring-Tool-Manual-Version-1.0_English.pdf).

- 69 *The rights-evidence-ACTION (REAct) tool*. Brighton: Frontline AIDS, 2021 (<https://frontlineaids.org/our-programmes/react/>).
- 70 PEPFAR 2023 country and regional operational plan (COP/ROP). *Guidance for all PEPFAR-supported countries*. Washington D. C.: Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2023; p. 109 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/02/PEPFAR-2023-Country-and-Regional-Operational-Plan.pdf>).
- 71 SKPA2. *Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations*. Surry, Nueva Gales del Sur: Health Equity Matters, 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- 72 Oberth G, Lauer K, Bozinovski J, Mwebe S, Tshuma N, Soboyisi M, et al. *Strengthening the use of community-led monitoring data in the HIV response: findings from an operational research initiative in Malawi and South Africa*. Gates Open Res Preprint. VeriXiv. 2025;2(12):12.
- 73 *Mystery shopper assessment report*. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica, 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- 74 Moore L, Chersich MF, Steen R, Reza-Paul S, Dhana A, Vuylsteke B. *Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review*. Globalization Health. 2014;10(1):47 (<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-8603-10-47>).
- 75 Ministerio de Salud de Kenya. *The successful chase: TSU initiatives reduce HIV risk among key populations in Kenya*. Nairobi: Ministerio de Salud; p. 6 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6cf65675d8b902cad104b_Kenya-KP-TSU-Case-Study_FINAL.pdf).
- 76 Banco Mundial. *Targeted interventions. India's pathbreaking approach to address the HIV/AIDS epidemic: key successes, lessons and the future*. Washington D. C.: Banco Mundial, 2012; p. 10 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/818261616735177221/pdf/Targeted-Interventions-India-s-Pathbreaking-Approach-to-Address-the-HIV-AIDS-Pandemic-Key-Successes-Lessons-and-the-Future.pdf>).
- 77 Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S. *The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: A modelling study*. The Lancet Regional Health-Southeast Asia. 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
- 78 Ibid.
- 79 *KPLHS: Key population-led health services*. Birkirkara, Malta: International Health Research Institute, 2021 (<https://ihri.org/wp-content/uploads/2022/10/KPLHS-factsheet.pdf>).
- 80 Pengnonyang S, Ramautarsing RA, Janyam S, Chaisalee T, Chanlearn P, Vannakit R. *Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand's National Healthcare System: lessons learned*. J Int AIDS Soc. 2022;25(7):e25965 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25965>).

- 81 *HIV response sustainability primer*. Geneva: ONUSIDA, 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf).
- 82 Coalición Mundial para la Prevención del VIH. *Scalable and sustainable HIV primary prevention models for people from key populations*; pendiente de publicación.
- 83 EpiC. Global black gay men connect. *Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities*. Versión 1. Durham, NC: FHI 360, 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).
- 84 Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al. *Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini*. *J Int AIDS Soc*. 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
- 85 *Malaysian AIDS foundation annual report 2023*. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation, 2024 (https://maf.org.my/V2/wp-content/uploads/2024/08/Annual-Report-2023_MAF_A4_A_07082024-s.pdf).
- 86 *Taking stock of budget advocacy efforts in Eastern Europe, South-Eastern Europe and Central Asia: Kazakhstan country case*. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association, 2021 (<https://old.harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2022/02/Казakhstan-англ.pdf>).
- 87 Sauranbayeva M. *Kazakhstan: How advocacy with the Almaty City Deputies led to the allocation of US\$355,000 in 2023 and 2024 for social contracting of HIV prevention interventions among key populations, including community-led harm reduction interventions*. Presentación en un evento formativo virtual celebrado el 3 de septiembre de 2024. *Influencing the Allocation of Sub-National Public Financing for Community-led HIV Responses in Asia and the Pacific: Strategies and Approaches for Effective Budget Advocacy*, organizado por ONUSIDA y Seven Alliance, 2024.
- 88 Aidsfonds, Love Alliance. *Dangerously off track: how funding for the HIV response is leaving key populations behind*. Ámsterdam: Aidsfonds, 2025; p. 5 (https://aidsfonds.org/wp-content/uploads/2024/11/Dangerously_off_track_EN_web.pdf).
- 89 *AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025*. Ginebra: ONUSIDA, 2025; págs. 8 y 55 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>).
- 90 Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. *The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets*. medRxiv, 2025-07; p. 13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
- 91 *Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations*. Nueva York: Global Black Gay Men Connect, 2025; p. 12 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 92 Oberth G, Bozinovski J, Lauer K, Rafif N, Sithole S, Mwanza H, et al. *Service-level effects of HIV funding cuts in Southern Africa. Findings from a community-led early warning system*. Gates Open Research Pre-print. 2025 (<https://verixiv.org/articles/2-94/v1>).

- 93 *Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations*. Nueva York: Global Black Gay Men Connect, 2025; p. 13 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 94 *Malaysian AIDS foundation annual report 2021*. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation, 2022 (https://mac.org.my/v4/wp-content/uploads/2023/05/Annual-Report-2021_MAC_A4_.pdf); Suleiman A. *Seamless care: integrating HIV services into primary health care model*, 2024 (https://www.iasociety.org/sites/default/files/EduFund/meeting-material/pakistan/SeamlessCare-IntegrationOfHIVServicesIntoPHC-MalaysiaModel_AnitaSuleiman.pdf).
- 95 *Financial dashboard*. Ginebra: ONUSIDA (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
- 96 https://hivfinancial.unaids.org/CLR_Systematic_Review_2024-06-06.xlsx
- 97 Ibid.
- 98 El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, OMS, PNUD, PEPFAR, Universidad de Manitoba, ONUSIDA, et al. *Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries*. Ginebra: ONUSIDA, 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- 99 ONUSIDA, OMS. *The BBS-lite implementation tool*. Ginebra: ONUSIDA, 2024; p. 10 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 100 *The community treatment observatory (CTO) model explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change*. Bryanston, Sudáfrica: International Treatment Preparedness Coalition, 2019 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>).
- 101 Phillips VL, Xue A, Castillo M, Santiago D, Wimbly T, Hightow-Weidman LB. *Cost of peer mystery shopping to increase cultural competency in community clinics offering HIV/STI testing to young men who have sex with men: results from the get connected trial*. *Health Econ Rev*. 2023;13(1):34 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13561-023-00447-6.pdf>).

