

# Sin lo que no podemos vivir

## Un manifiesto

### *Las mujeres y las niñas en toda su diversidad deben estar en el centro de la respuesta*

#### **Abordar la reprogramación del Fondo Mundial desde una perspectiva feminista**

En respuesta a las interrupciones en el financiamiento, la Secretaría del Fondo Mundial y las oficinas nacionales están trabajando con los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) y los Receptores Principales (RP) para re-evaluar y priorizar nuevamente la programación en el Ciclo de Subvenciones 7 (CG7). Se ha pedido a los países que revisen sus planes de subvención originales para proteger las intervenciones esenciales que salvan vidas, al tiempo que se ajustan al financiamiento nacional y externo disponible y, en algunos casos, a una planificación más amplia de los programas de salud.

La Junta Directiva del Fondo Mundial ha insistido en que este proceso debe ser impulsado por los países e implicar una participación significativa de la sociedad civil, las comunidades, los ministros de salud, los ejecutores, los socios técnicos y las estructuras clave de toda la asociación. Esta reasignación de prioridades se considera una oportunidad para avanzar en la integración, la rentabilidad y la sostenibilidad de los programas de VIH, tuberculosis y malaria, y para sentar las bases del Ciclo de Subvenciones 8, manteniendo y sosteniendo los pilares de la estrategia del Fondo Mundial: situar a las comunidades en el centro- con un enfoque en los derechos humanos y la equidad de género. Sin embargo, sabemos por experiencia que, con demasiada frecuencia, las prioridades de género -especialmente las de las mujeres, las niñas y las poblaciones clave- han sido dejadas de lado y desfinanciadas. En este momento de crisis, es vital que las prioridades de las mujeres y las niñas se reconozcan plenamente y se incluyan en las decisiones sobre la atención que salva vidas.<sup>1</sup> Los recortes o la marginación de las prioridades de género supondrán que más mujeres y niñas de nuestra diversidad se vean afectadas, no reciban tratamiento y se queden atrás. Esto no es una elección política, es una cuestión de justicia de género.

[W4GF](#) e [ICW](#) exigen conjuntamente que todos los procesos de reprogramación del Fondo Mundial para el VIH, la tuberculosis y la malaria (HTM) preserven y refuercen las siguientes prioridades críticas, justas y que salvan vidas para las mujeres y las niñas en toda nuestra diversidad.

#### **LAS CINCO PRINCIPALES PRIORIDADES A NIVEL MUNDIAL**

##### **VIH**

1. Garantizar el acceso ininterrumpido a la profilaxis preexposición, la terapia antirretrovírica, incluidos los diagnósticos esenciales (carga vírica y CD4) y el apoyo conexo, incluido el apoyo nutricional para las mujeres, con un apoyo a la adherencia que transforme la perspectiva de género (cuidado de los niños durante las visitas clínicas o de servicio, horarios flexibles).
2. Atención materna e infantil respetuosa y basada en los derechos, que incluya pero no se limite a la prevención de la transmisión vertical del VIH, la hepatitis B y la sífilis, sin coerción, estigma

<sup>1</sup> Leer ["Qué significa para nosotras "Salvar vidas": Una perspectiva feminista desde las mujeres y las niñas en toda nuestra diversidad"](#)

ni discriminación.
3. Mantener la planificación y la preparación para garantizar servicios esenciales de VIH, SDRS y atención materna y humanitaria para las mujeres que viven con el VIH en situaciones de conflicto, emergencia y catástrofe.
4. Financiar las respuestas dirigidas por mujeres, incluidos los grupos de apoyo entre iguales, los programas de alfabetización terapéutica dirigidos por iguales, los navegadores entre iguales y los trabajadores sanitarios comunitarios para mejorar las pruebas, el asesoramiento, la retención en la atención y la supresión vírica.
5. Los servicios de reducción de daños deben tener en cuenta las cuestiones de género, estar dirigidos por la comunidad, basarse en los derechos humanos y responder a las experiencias intersectoriales de las mujeres que viven con el VIH, las mujeres trans, mujeres que consumen drogas y/o que son trabajadoras sexuales.

## TUBERCULOSIS

1. Mantener y ampliar la búsqueda activa de casos centrada en las mujeres, incluida la tuberculosis pulmonar diagnosticada clínicamente y las formas extrapulmonares de tuberculosis, incluido el cribado de la tuberculosis materna durante la atención prenatal y el posparto.
2. Garantizar que los servicios de diagnóstico y tratamiento de la TB sean accesibles a las mujeres con movilidad reducida, con opciones de servicios comunitarios de detección combinada y atención domiciliaria. Garantizar respuestas integrales a la TB centradas en las personas y transformadoras de género para tratar la TB farmacorresistente, la TB multirresistente [MDR] y la TB extremadamente farmacorresistente [XDR].
3. Abordar las barreras de género para el diagnóstico de la TB, la adherencia al tratamiento y la atención sanitaria integral, como las barreras biológicas, las finanzas y la situación económica, las responsabilidades de cuidado y el estigma.
4. Mantener y ampliar las pruebas rutinarias de detección de la tuberculosis para las mujeres que viven con el VIH, incluidas las embarazadas y lactantes.
5. Apoyo continuado a herramientas como CLM, TB OneImpact, documentación sobre derechos humanos, evaluaciones de género y los esfuerzos del Índice de Estigma que permiten a las comunidades vigilar las violaciones de derechos y exigir responsabilidades.

## MALARIA

1. Apoyar programas de educación sobre la malaria dirigidos por la comunidad y transformadores en materia de género, incluidos mensajes que aborden el poder de decisión de las mujeres en los hogares, programas educativos en las escuelas y atención prenatal y posparto en centros sanitarios y servicios comunitarios.
2. Garantizar el acceso al tratamiento y la prevención de la malaria en entornos de salud reproductiva, incluyendo el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo en la atención prenatal.
3. Financiar a trabajadoras sanitarias comunitarias para la vigilancia, prevención y gestión de casos de

malaria.

4. Mejorar y optimizar el control de vectores y la gestión de casos, reforzar la aplicación y la integración de los planes de acción de evaluación de la malaria, dando prioridad a las intervenciones contra la malaria que transformen las relaciones entre hombres y mujeres y se adapten a las pruebas; entre ellas, abordar las barreras de comportamiento y una distribución y supervisión eficaces del uso de mosquiteras tratadas con insecticida entre las mujeres embarazadas y las adolescentes, reconociendo y abordando el creciente riesgo de resistencia a los tratamientos combinados con artemisinina.

5. Apoyo continuado a herramientas como el CLM, la documentación sobre derechos humanos, las evaluaciones de género y los esfuerzos del Índice de Estigma que permiten a las comunidades supervisar las violaciones de derechos y exigir responsabilidades.

El proceso de cambio de prioridades que se está llevando a cabo en muchos países no se produce en el vacío, sino en un momento de grave escasez de fondos. Esto significa que se está pidiendo a las mujeres, las niñas y las comunidades que elijan entre servicios esenciales: entre salud mental y atención materna, entre reducción de daños y parto seguro, entre apoyo entre iguales y protección frente a la violencia. No son lujos, sino elementos esenciales de un enfoque de la salud basado en los derechos. Y, sin embargo, los recortes de financiación obligan a tomar decisiones imposibles que costarán vidas. En este contexto, escuchar a las mujeres y centrarse en sus realidades vividas es más urgente que nunca.

Las cinco prioridades principales identificadas en nuestra evaluación rápida representan las necesidades más urgentes para garantizar la supervivencia. Sin embargo, las prioridades restantes son igualmente vitales para reforzar la resiliencia y mejorar la calidad de vida de las mujeres y las niñas en toda su diversidad. Su actual ausencia de la lista pone de manifiesto la realidad de unos recursos limitados, más que una falta de importancia, y subraya la necesidad permanente de movilizar un mayor apoyo para abordarlas también.

### **El coste de ignorar estas prioridades es alto. Recortarlas tendrá como consecuencia**

- Un aumento de los nuevos casos de VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes (AGYW, por sus siglas en inglés), lo que revertirá los avances conseguidos con tanto esfuerzo.
- Aumento de la mortalidad materna por tuberculosis y malaria, ya que la mortalidad materna de las mujeres que viven con el VIH ya es ocho veces superior a la de las mujeres que no tienen el VIH y los sistemas sanitarios no llegan a las mujeres en situaciones de emergencia.
- Violencia de género incontrolada, sin apoyo a las supervivientes, que aleja a mujeres y niñas -especialmente a las que ya están marginadas- de los servicios que salvan vidas.
- El colapso de los sistemas de confianza, dirigidos por la comunidad, que apoyan la adherencia y la retención en la atención.
- El silenciamiento de las voces de las mujeres y las niñas en la formulación de políticas, lo que debilita tanto el impacto de los programas como la justicia social.

Las mujeres ya están haciendo lo imposible: sobrevivir bajo presión. La redefinición de prioridades no debe convertirse en una tapadera para borrar las prioridades de género.

## Principales conclusiones

Algunas conclusiones clave de nuestro proceso de priorización. Aunque existe una gran coincidencia entre los grupos, algunas diferencias clave ponen de relieve la urgencia de la experiencia vivida a la hora de definir las prioridades.

Tanto las mujeres que viven con el VIH como el resto de los encuestados consideraron que *el acceso ininterrumpido a la terapia antirretrovírica, el diagnóstico y el apoyo a la adherencia desde una perspectiva de género* eran la prioridad número uno, junto con *una atención materno-infantil respetuosa, basada en los derechos* y libre de coacción y discriminación.

Las mujeres que viven con el VIH hicieron mayor hincapié en:

- *La continuidad de la atención en situaciones de emergencia y conflicto.*
- *Sistemas de apoyo dirigidos por iguales y centrados en las mujeres* (incluida la alfabetización terapéutica y los trabajadores sanitarios comunitarios).
- *Servicios integrados de SDR y VIH que salvaguarden la autonomía y la elección informada.*

Otros participantes también valoraron estas áreas pero las clasificaron ligeramente por debajo, con una distribución más amplia entre salud mental, reducción de daños e inclusión digital.

Los participantes del África subsahariana dieron gran prioridad a la atención materna e infantil respetuosa y basada en los derechos; el acceso ininterrumpido a la PrEP, la terapia antirretrovírica y el diagnóstico; y la preparación para los servicios de VIH y SDR en contextos humanitarios, en este orden de prioridad. Mientras que en el sur de Asia, a pesar de un menor número, los participantes mostraron un enfoque ligeramente más fuerte en la reducción de daños, las cadenas de suministro y la inclusión digital, lo que sugiere preocupaciones de infraestructura y acceso.

En América Latina y el Caribe, los participantes priorizaron el apoyo continuado a las herramientas de seguimiento dirigidas por la comunidad, como la MVC, la documentación sobre derechos humanos, las evaluaciones de género y el Índice de Estigma, lo que indica una clara demanda de rendición de cuentas y supervisión basada en los derechos. También situaron la inversión en servicios de salud mental que transformen la perspectiva de género entre sus cinco objetivos no negociables, lo que subraya la urgente necesidad de abordar el coste emocional del estigma, la violencia y el abandono sistémico al que se enfrentan las mujeres y las niñas en toda su diversidad.

En casi todos los grupos de identidad, una prioridad destacó claramente: garantizar el acceso ininterrumpido a la terapia antirretrovírica, el diagnóstico y el apoyo necesario para la adherencia (como la nutrición, el cuidado de los niños y la flexibilidad horaria). Esta exigencia trasciende experiencias y regiones, lo que confirma que el acceso al tratamiento y la atención del VIH sigue siendo innegociable.

Otra prioridad ampliamente compartida fue el llamado a una atención materna e infantil respetuosa y basada en los derechos, especialmente entre las mujeres que viven con el VIH, las mujeres cis y las



mujeres afectadas por la malaria. Aquí se hace hincapié en la dignidad, la ausencia de coacción y una atención centrada tanto en la salud como en los derechos humanos. Las mujeres que consumen drogas y las trabajadoras sexuales hicieron especial hincapié en la reducción de daños y la atención materna respetuosa, probablemente debido a experiencias de coacción, abuso y discriminación médica dentro de los sistemas convencionales.

Estos resultados refuerzan la necesidad de centrar a las mujeres que viven con el VIH en el diseño y la ejecución de los programas de VIH y SDR. Sus prioridades apuntan directamente a lo que se necesita para proteger la salud, defender los derechos y garantizar que nadie se quede atrás. Estas diferencias -aunque surgen de muestras pequeñas- ponen de manifiesto cómo la experiencia vivida con el VIH y la identidad determinan la forma en que las personas definen lo que significa una atención digna que salve vidas. Incluso sin significación estadística, estas ideas pueden servir de base para la incidencia política, ya que muestran que las prioridades de las mujeres no son monolíticas y que la interseccionalidad debe tenerse en cuenta a la hora de identificar prioridades.

### **Incidencia política**

El Fondo Mundial anima a los MCP a garantizar una participación significativa de las partes interesadas en el proceso. Esperamos que estos "no negociables" para las mujeres y niñas que viven con el VIH, afectadas y que viven con tuberculosis y malaria, puedan proporcionar un marco para la defensa de las mujeres y niñas en toda nuestra diversidad, en los desafiantes debates que se avecinan.

A continuación se ofrecen recomendaciones y consejos prácticos para las defensoras de las mujeres y las niñas que pretendan garantizar una defensa basada en pruebas durante la reordenación de prioridades de la CG7 y de cara a la CG8.

### **Presentar pruebas en los espacios de toma de decisiones**

Utilice los documentos de repriorización de la CG7 (por ejemplo, la Guía Comunitaria para la Reprogramación y las Actualizaciones Operativas) para extraer y presentar datos sanitarios convincentes específicos de cada país y género durante las reuniones del MCP y de las partes interesadas. Utilizar [el ciclo Pathfinder de la CG7 del W4GF](#): esta guía es esencial para las organizaciones dirigidas por jóvenes y mujeres que deseen navegar por el ciclo de asignación de la CG7 de forma eficaz.

### **Establecer redes de coordinación dirigidas por mujeres y apoyar la creación de movimientos**

Establecer o reforzar redes nacionales y regionales dirigidas por mujeres para elaborar estrategias de promoción, compartir información, consolidar las reacciones y amplificar las prioridades colectivas. Comparta sus prioridades y retos con sus aliados y con grupos en los que compartan intereses para crear movimientos de apoyo. Considera la posibilidad de unirse a los W4GF Advocacy & learning hubs de cada región: [Plataforma de habla inglesa](#), [plataforma de habla francófona](#), [plataforma de defensores de MENA](#), [plataforma de América Latina y el Caribe](#), y [Asia y el Pacífico](#).

### **Preparar informes concisos de promoción**

Elaborar folletos breves y accesibles en los que se destaquen los obstáculos de género basados en datos (por ejemplo, violencia de género, acceso de los adolescentes) para compartirlos con los RP, los MCP, los MdS y las personas influyentes en las políticas antes de los debates sobre la redefinición de las prioridades.

### **Diversificar los formatos de participación**



Solicitar reuniones y espacios de debate tanto presenciales como virtuales, ofreciendo formas flexibles de participación (p. ej., grabaciones, materiales accesibles) para que los movimientos de mujeres diversos puedan contribuir de forma significativa.

### **Utilizar los resultados del seguimiento dirigido por la comunidad (CLM), las evaluaciones de género, el índice de estigmatización**

Reunir ( si se dispone de ellas) pruebas utilizando la MVC, las evaluaciones de género, el índice de estigmatización y otras herramientas pertinentes para abordar las barreras de género a los servicios de VIH/TB/malaria. Presentar datos desglosados para reforzar los puntos de defensa sobre la prestación desigual de servicios, por edad, sexo, género ( si están disponibles).

### **Coste de las intervenciones basadas en pruebas**

Aprovechar las herramientas de cálculo de costes para demostrar la rentabilidad de las intervenciones transformadoras en materia de género en presupuestos con nuevas prioridades. Considerar la posibilidad de utilizar y promover información y datos relacionados con el rendimiento de la inversión y el coste de la inacción en relación con las prioridades de género.

### **Impulsar canales de rendición de cuentas**

Defienda y solicite una toma de decisiones transparente, circuitos regulares de retroalimentación, actualizaciones públicas de la reasignación y vías de reclamación para que las comunidades puedan hacer un seguimiento de los cambios en la CG7 y exigir responsabilidades a los responsables de la toma de decisiones. Mejore su participación en las actividades de los MCP utilizando la [caja de herramientas comunitaria de los centros de aprendizaje de la SI del CRG](#), proporcionada por los centros de aprendizaje regionales, para acceder a una variedad de recursos, incluidos materiales de formación, guías y conjuntos de herramientas de mejores prácticas adaptados a la participación en los MCP y la promoción de la salud mundial.

### **Uso de los datos del Fondo Mundial para la promoción.**

A continuación encontrará los enlaces a los recursos útiles para la incidencia política:

[El tablero de mando del MCP](#)

[El Global Advocacy Data Hub](#)

[Recursos del W4GF para entender y navegar por los procesos de adaptación de la CG7 del Fondo Mundial](#)

[Guía de 10 pasos para convertirse en miembros eficaces del Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial](#)

[Dossier digital del W4GF para la incidencia política en el Fondo Mundial](#)

[Recursos clave para una incidencia política transformadora en materia de género](#)

[Las diapositivas de Data for Advocacy del Fondo Mundial](#)

### **Nuestra metodología**

En respuesta a los urgentes déficits de financiación y a los cambios en las prioridades sanitarias mundiales, W4GF e ICW llevaron a cabo una rápida evaluación mundial para identificar y elevar las prioridades más apremiantes de las mujeres que viven con el VIH, afectadas por la tuberculosis y la malaria y que viven con ellas. Este proceso se basó en el trabajo realizado por W4GF para desarrollar una definición feminista de "salvar vidas". Aunque los recursos eran muy limitados, realizamos consultas



específicas para elaborar una lista concreta de 15 a 20 cuestiones críticas basadas en la experiencia vivida por las mujeres que viven con el VIH y en las realidades de primera línea de las mujeres y niñas en torno al VIH, la tuberculosis y la malaria. A continuación, invitamos a mujeres y niñas en toda su diversidad, que viven con el VIH, afectadas por la tuberculosis y la malaria y que viven con ellas, de diversas regiones -incluidas el África subsahariana, Oriente Medio y el Norte de África, Asia, Europa oriental y occidental, América Latina y el Caribe- a que clasificaran estas prioridades y defendieran la posibilidad de añadir algo a nuestra lista si se nos había pasado algo esencial.

Participaron casi 100 mujeres y niñas, que aportaron una visión fundamentada y regionalmente diversa de lo que más importa ahora mismo. Esta rápida evaluación ofrece una importante instantánea de las preocupaciones mundiales compartidas y sirve como una poderosa herramienta de promoción para asegurar que las voces de las mujeres no sean dejadas de lado en las decisiones políticas y de financiación.

### **Limitaciones**

Aunque la participación fue elevada en general, reconocemos algunas limitaciones: hubo menos respuestas de ciertas regiones y de algunas comunidades, como las mujeres afectadas por la malaria y la tuberculosis, a cuyas voces han sido históricamente más difíciles de incorporar. A pesar de ello, la consulta recoge de forma significativa perspectivas transversales a las enfermedades, destacando prioridades que integran el VIH, la tuberculosis y la malaria en lugar de tratarlas como componentes aislados. Esto refuerza su valor como llamamiento colectivo basado en experiencias reales y vividas por mujeres y niñas en toda nuestra diversidad, a pesar de las limitaciones de tiempo y recursos disponibles.