



¿CÓMO SER UNA CIUDAD FAST-TRACK?

GUÍA PRÁCTICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA
ESTRATEGIA FAST-TRACK CITIES

Guía práctica: cómo ser una Fast-Track Cities

Elaboración de contenidos:

Jorge Garrido, Apoyo Positivo

Equipo de revisión:

Apoyo Positivo

Reyes Velayos Corrales,

Almudena García Carrillo de Albornoz

Gema Garrido

División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad (DCVIHT)

Carlos Peralta

Juan Hoyos

Marta Cobos

Asociación Internacional de Proveedores de cuidados para el VIH / sida (IAPAC)

Gonçalo Lobo

Año de publicación: 2024

Financiado por la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.



Licencia de Reconocimiento-No Comercial

Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad.

Índice

1. Introducción: mensajes institucionales

- a. José Zúñiga, presidente IAPAC/ Fast-Track Cities Institute.
- b. Julia del Amo, directora de la División de Control del VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT)
- c. Jorge Garrido, coordinador comunitario de la red Fast-Track Cities en España.

2. ¿Qué es una ciudad Fast-Track?

- a. INTRODUCCIÓN
 - i. Ciudades Fast-Track y estrategia de ONUSIDA.
 - ii. Declaración de París.
 - iii. Declaración de Sevilla: la relevancia del tejido comunitario de base, y respuesta al VIH, en los objetivos de la estrategia.
 - iv. El rol de IAPAC.
 - v. El rol del municipio y del resto de los actores implicados.
- b. GOBERNANZA PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
- c. EL EJEMPLO DE ESPAÑA: la participación comunitaria y la primera ciudad firmante, Sevilla
- d. RED DE CIUDADES FAST-TRACK: Internacional y de España

3. ¿Cómo convertirse en una ciudad Fast-Track? Trámites para adherirse a la estrategia

- a. Descripción de trámites para la aprobación institucional y participación.
- b. Documentación necesaria.
- c. Mesa Fast-Track: grupo de trabajo para la estrategia.

4. Diseño de un plan Fast-Track local

- a. La importancia y necesidad del diseño de un plan estratégico y de acción para la implementación de la estrategia.
- b. Análisis de la situación local del VIH, y otras ITS, y de las principales comunidades afectadas.
- c. Herramienta de evaluación: checklist Fast-Track Cities.
- d. Diseño de un plan estratégico.
- e. Diseño de un plan de comunicación.

5. Buenas prácticas y ejemplos en la implementación de la estrategia

- a. Buenas prácticas en planes estratégicos desarrollados.
- b. Buenas prácticas en la participación comunitaria.
- c. Buenas prácticas de gobernanza o coordinación institucional de la estrategia.

6. Anexos

- a. Glosario de términos.
- b. Declaración de París para firmar.
- c. Declaración de Sevilla para firmar.
- d. Ejemplos de documento para la firma / adhesión a la estrategia.
- e. Ejemplos de programas, conferencias o acciones, así como de planes estratégicos, para el desarrollo de la estrategia.
- f. Referencias y webs de interés.

1. Introducción: mensajes institucionales

"Acabar con las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica para 2030 exige concentración, liderazgo, transparencia y colaboración. Las Ciudades Fast-Track son puntos clave, geográfica y epidemiológicamente, para ejercer el liderazgo político y la participación y las colaboraciones necesarias, orientados a la acción, para acabar con el VIH / sida, otras infecciones y su estigma, sobre todo con las comunidades afectadas."

José Zuñiga, presidente de IAPAC

"España ha destacado por impulsar desde el Ministerio de Sanidad una estrategia local como la de las Fast-Track Cities. El compromiso del plan estratégico de la DCVIHT para acabar con el VIH y controlar otras infecciones se ha plasmado en el número de ciudades adheridas a la estrategia en España, siendo el país con más ciudades Fast-Track, así como la implicación del gobierno, junto a instituciones europeas e internacionales, para acabar con el estigma relacionado."

Julia del Amo, directora de la DCVIHT, Ministerio de Sanidad

"La respuesta al VIH ha sido uno de los éxitos clínicos más importantes de la humanidad, pero también uno de los mayores fracasos sociales y comunitarios. Sólo podremos acabar con la epidemia de la mano de las comunidades afectadas. Como firmantes de la Declaración de París y Sevilla, tenemos la oportunidad de acabar con el sida, garantizar los derechos básicos y calidad de vida a las personas que viven con el VIH y asegurar su participación; de este modo, mitigaremos el estigma y utilizaremos la respuesta al VIH como motor de una auténtica transformación social."

Necesitamos curar el estigma para acabar con el virus"

Jorge Garrido, coordinador comunitario red Fast-Track Cities España

2. ¿Qué es una ciudad Fast-Track?

A. INTRODUCCIÓN

La Iniciativa Fast-Track Cities (FTC) comenzó como una asociación entre el **Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)**, la **Asociación Internacional de Proveedores de cuidados para el VIH / sida (IAPAC)**, el **Programa de Asentamientos Humanos (UN-Hábitat)**, la **Ciudad de París**, como embajadora, y ciudades de todo el mundo, con el objetivo de acabar con la pandemia del VIH, en el plazo marcado por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en 2030.

Desde su lanzamiento, el Día Mundial del Sida de 2014 en París, más de 550 ciudades de todas las regiones del mundo (a noviembre de 2023) se han sumado a la firma de la **Declaración de París, para acelerar la respuesta al VIH / sida, hepatitis víricas, tuberculosis y otras infecciones**¹, comprometiéndose a alcanzar metas ambiciosas, forjar estrategias colaborativas y abordar las disparidades, e inequidad, en el acceso a los servicios especializados en salud y atención psicosocial, para acabar con el virus, su estigma relacionado y reducir el impacto de éstos en la calidad de vida de las personas con VIH.

i. Ciudades Fast-Track y la estrategia de ONUSIDA

A partir del continuo de atención al VIH, la denominada **cascada del tratamiento del virus**², ONUSIDA estableció en París el 1 de diciembre de 2014 un compromiso para alcanzar la ecuación formulada, con **el 90x90x90 (hasta 2020) / 95x95x95 (en 2030)**.



Cada parte de la ecuación corresponde a:

- **1er 90/95%:** personas con VIH diagnosticadas
- **2º 90/95%:** personas con VIH diagnosticadas en tratamiento antirretroviral (TAR)

¹ https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/december/20141201_PR_citiesreport
² https://www.iscii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/INFORMES%20ESPECIALES/ESTIMACION%20DEL%20CONTINUO%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DEL%20VIH%20EN%20ESPA%C3%91A_Mayo%202023.pdf

- **3º 90/95%:** persona con VIH en TAR indetectables (carga de virus no detectable).

Indetectable significa intransmisible. Una persona con VIH, en TAR e indetectable, no transmite el VIH. Esta evidencia científica nos permite destacar 2 hitos:

- que el diagnóstico y tratamiento, no es una medida con beneficio únicamente individual sino además poblacional.
- que con ello ha cambiado el paradigma de la transmisión, de las personas que se sabe que son VIH+ (en TAR e indetectables) a personas de estatus desconocido de la población general.

A estos primeros objetivos, se le añadió un **4º: el 90/95% de personas con VIH con calidad de vida óptima**, y se **priorizó la consecución de cero estigmas**. Este objetivo ha sido también una prioridad para el Gobierno de España y Ministerio de Sanidad, como se mostró en la Reunión de Alto Nivel (RAN) sobre estigma, junto a la OMS, dentro de la presidencia española de la UE, que se celebró en septiembre de 2023 en Sevilla.

A través de la **Declaración de París**, se propone un objetivo equitativo y acelerado a los servicios especializados necesarios para prevenir, tratar y controlar la epidemia del VIH.

Las **ciudades firmantes de la Declaración de París se comprometen** a unos objetivos:

- Poner fin a la epidemia de VIH / sida en las ciudades para 2030.
- Situar a las personas, y las comunidades más vulnerables, en el centro de todo lo que hacemos.
- Abordar las causas de riesgo y la vulnerabilidad en la transmisión del VIH y otras infecciones.
- Usar la respuesta al VIH / sida para una transformación social positiva.
- Crear, y acelerar, una respuesta adecuada a las necesidades locales.
- Movilizar recursos, y personas, para la integración de la salud pública y el desarrollo sostenible y justo.
- Unir líderes, alrededor del mundo, para combatir una epidemia que es posible finalizar de forma colaborativa.

ii. Declaración de París (anexo 1)

El compromiso de la Declaración de París (2014) supone una serie de **oportunidades para los municipios de contribuir a los objetivos locales, autonómicos, nacionales y globales de salud pública**³, y formar parte del movimiento que acabe con el estigma asociado al VIH.

Las personas con VIH, y otras infecciones, viven su condición de salud en las ciudades, grandes urbes, medianas y pequeñas, donde además experimentan esas situaciones de

³ https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Preencion_y_Control11.pdf

estigmatización y dificultad de acceso para gestionar su salud sexual. Es por ello por lo que esta iniciativa supone una oportunidad para:

- Controlar las ITS y planificar la ciudad como un espacio seguro para la diversidad y la salud sexual.
- Desarrollar una estrategia comunitaria y clínica efectiva alrededor de un modelo de salud sexual centrado en la persona.
- Convertir la vulnerabilidad y el estigma en una oportunidad de cambio.
- Utilizar una respuesta al VIH/ sida para una transformación social positiva. El VIH ha supuesto un indicador de la innovación social comunitaria y científica; es un nicho de experiencia y conocimientos para generar cambio social y una mayor equidad.
- Implementar estrategias con y para las comunidades locales, con y para las personas.
- Mejorar la atención a las comunidades más vulnerables en el sistema de salud y en derechos.
- Generar una red de salud que promueva a su vez la diversidad y lucha contra la discriminación y prejuicios a nivel local, nacional e internacional.

Es una oportunidad de poner en la mesa de trabajo, liderada por las personas con VIH y la comunidad, a todos los agentes necesarios para conseguir el impulso necesario y acabar con el VIH y los estigmas relacionados.

iii. Declaración de Sevilla (anexo 2)

La firma de la Declaración de París ya implica el apoyo y la coordinación con las comunidades más afectadas por el VIH, hepatitis víricas, ITS y tuberculosis. Este compromiso ya es consistente también en las Declaraciones Políticas de Naciones Unidas (2016-2021).

Sin embargo, es necesario un impulso para pasar del compromiso a la acción y situar a las comunidades VIH en el centro de la respuesta.

Para ello, durante la conferencia mundial de las Fast-Track Cities Sevilla 2022, se firma la **Declaración sobre el papel central de las comunidades afectadas en las respuestas urbanas al VIH**, junto al Ministerio de Sanidad, IAPAC y otras alcaldías del mundo.

“Alineada con la Declaración de París sobre Ciudades de Acción Acelerada, la Declaración Política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2021 deja en claro que no alcanzaremos nuestras metas u objetivos sin la participación significativa de las comunidades afectadas e insta a un compromiso expreso para garantizar que las comunidades sean incluidas en todos los aspectos de las respuestas al VIH y la salud sexual, incluida la planificación, la

implementación y el seguimiento. Este compromiso debe integrarse de manera similar en las respuestas locales a la tuberculosis y las hepatitis virales” (Declaración de Sevilla 2022).

Esta declaración establece, además, objetivos específicos y medibles de la participación comunitaria especialmente en el ámbito de la prevención, atención psicosocial especializada y abordaje del estigma en las comunidades más vulnerables.

Los recursos comunitarios son herramientas esenciales y el motor para conseguir los objetivos 2030 de VIH / sida y otras infecciones.

iv. El rol de IAPAC

IAPAC, la Asociación Internacional de Proveedores de cuidados para el VIH / sida, actúa como **socio de ONUSIDA para la implementación y desarrollo de las estrategias de las Declaraciones de París y Sevilla en las diferentes regiones del mundo.**

Desde el inicio de la estrategia ha coordinado las diferentes adhesiones de ciudades a la misma y ha tejido redes entre ciudades, países y comunidades afectadas para la promoción y la consecución de sus objetivos.

Asimismo, son los responsables de organizar la conferencia mundial anual de las Ciudades Fast-Track, así como reuniones, conferencias regionales y recursos, donde se exponen los avances en la estrategia.

Toda ciudad que quiera participar en esta iniciativa deberá comunicarse y coordinarse con el equipo de IAPAC para ir dando los pasos necesarios.

Los principales contactos del equipo Fast-Track Cities se pueden encontrar en:

www.iapac.org/fast-track-cities

v. El rol del municipio y el resto de los actores implicados

Las ciudades, junto a las personas con VIH y las comunidades, son las protagonistas de esta estrategia e iniciativa.

Cada municipio deberá **promocionar la adhesión a la misma y coordinar un grupo profesional y comunitario, con liderazgo de la persona con VIH y sus recursos comunitarios de referencia**, que implemente los pasos a dar para conseguir los objetivos de la estrategia:

- Un análisis de la situación actual del VIH, otras ITS y los recursos y servicios sanitarios y comunitarios disponibles.
- Un análisis de la situación del estigma hacia las comunidades más afectadas en el ámbito local.
- Movilizar recursos y coordinar los pasos para el diseño, implementación y evaluación de un plan estratégico.

Los diferentes actores implicados se sumarán desde el inicio del proceso para garantizar el acceso a la información y el conocimiento necesario que ajuste y acelere la respuesta necesaria.

B. GOBERNANZA PARA LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El objetivo general del **Plan Estratégico de la DCVIHT, del Ministerio de Sanidad**, es impulsar y coordinar las acciones para la eliminación del VIH y las ITS como problema de salud pública en 2030, a través de la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las infecciones, la atención a la cronicidad y la mejora de la calidad de vida, así como el abordaje del estigma y la discriminación asociada al VIH y a otras ITS en España, siguiendo las metas marcadas por las estrategias internacionales de ONUSIDA.

Una respuesta adecuada a nivel local requiere del liderazgo comunitario, pero es la administración la responsable de impulsar esta estrategia de las Fast-Track Cities municipalmente, como continuidad de los planes de salud pública derivados del Plan Estratégico del Ministerio de Sanidad en los planes autonómicos y locales.

Los equipos de salud local responsables de la respuesta al VIH, otras ITS y la salud sexual, deben recoger esta responsabilidad y facilitar los recursos, espacios, acciones políticas y sociales necesarias para ejecutar estos objetivos y contribuir de manera escalada a la estrategia global.

De esta manera **la alcaldía, o administración firmante, se compromete también a una gobernanza que:**

- Promocione y gestione la adhesión y desarrollo de las Declaraciones de París y Sevilla.
- Coordine y facilite el grupo de trabajo y los recursos necesarios, así como las alianzas clave para ello.
- Anexe esta estrategia a otras de salud y sociales que se estén implementando en la red de municipios estatal.

Esta gobernanza debe ayudar a pasar de la respuesta actual a la **aproximación que ofrece la iniciativa Fast-Track Cities:**

Situación actual

- Coordinación compleja
- Pruebas diagnósticas lideradas por proveedores
- Modelo centrado en el entorno sanitario hospitalario
- Restringido a personal con formación médica
- Pruebas diagnósticas masivas no centradas en poblaciones y lugares adecuados
- Diferentes partes interesadas con diferentes direcciones de acción

Situación bajo la estrategia FTC

- Trabajo en colaboración
- Movilización y liderazgo comunitario
- Implicación de las comunidades más afectadas
- Democratizar las pruebas diagnósticas, la prevención y el tratamiento
- Basado en la evidencia de la asociación público-privada (comunitaria)
- Incluyendo el asesoramiento y orientación en salud sexual y otros determinantes sociales de salud
- Rompiendo las barreras y estigmas asociados
- Participando y contribuyendo a un movimiento global más amplio hacia la mayor y más significativa participación de las personas que viven con el VIH y el SIDA (GIPA/ MIPA, por sus siglas en inglés)

C. EL EJEMPLO DE ESPAÑA

España es un referente internacional en la implementación de la estrategia a nivel local.

En 2022 se convirtió no sólo en la sede de la Conferencia Internacional de las Ciudades Fast-Track en Sevilla, sino que, además, dio nombre a la firma de la nueva declaración, lanzada durante esta conferencia. Este impulso estatal hizo que España se convirtiese en el país del mundo con mayor número de ciudades firmantes de la Declaración de París.

Ese logro ha sido posible gracias al ejemplo de liderazgo comunitario que ha supuesto la estrategia en nuestro país. A diferencia de en la mayor parte del mundo, la adhesión a la estrategia ha sido inicialmente promocionada por la comunidad VIH.

Entidades comunitarias como Adhara, Apoyo Positivo o CESIDA, entre otras, han sido las promotoras, con el impulso de la DCVIHT del Ministerio de Sanidad, de la estrategia de ONUSIDA en sus ciudades de base. Además, han asesorado y acompañado a otras localidades y administraciones, como Comunidades Autónomas, Diputaciones y a la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en este proceso de trabajo.

¿CÓMO SER UNA CIUDAD FAST-TRACK?

Este modelo ha permitido la aceleración del compromiso hasta alcanzar esa meta de participación, que se manifiesta también en los resultados que se están consiguiendo en el continuo de cuidados del VIH y la estrategia 95x95x95x95 y cero estigmas, con iniciativas como el [Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH](#) acordado y promocionado por la comunidad con el Ministerio de Sanidad en 2018.



En 2023 el ministro de Sanidad, José Miñones, hizo un **llamamiento a seguir luchando frente al estigma y la discriminación que continúan sufriendo las personas con VIH**; una situación que repercute negativamente tanto en la salud física como mental de las personas con el virus. Este compromiso ha sido plasmado durante el **semestre de presidencia de España en la Unión Europea (segundo semestre de 2023), llevando el estigma del VIH a una de las prioridades en salud de nuestro gobierno a nivel europeo**. Entre otras iniciativas clave, el Ministerio de Sanidad y el Gobierno de España desarrollaron una reunión de alto nivel (RAN) sobre VIH durante la presidencia española de la UE, donde España solicitó su adhesión a la Alianza Mundial para eliminar todas las formas de discriminación relacionadas con el VIH de ONUSIDA.

D. RED DE CIUDADES FAST-TRACK

La red internacional de ciudades Fast-Track está recogida en el *dashboard* internacional que coordina IAPAC y que se puede consultar [aquí](#).

Actualmente (2023) España cuenta con más de 180 ciudades Fast-Track.

Consulta listado [aquí](#).

3. Cómo convertirse en una ciudad Fast-Track

A. Descripción de trámites y pasos para la aprobación institucional y participación.

Las ciudades interesadas en adherirse a la iniciativa deberán:

1. Promover la adhesión a la iniciativa Fast-Track Cities y el compromiso municipal a través de una **moción institucional** y comunicarla a través de los medios de difusión del municipio.
2. Acordar la **aprobación por unanimidad** o mayoría del pleno municipal en presencia y participación de los agentes clave inicialmente identificados y la comunidad.
3. Diseño y gestión de la estrategia a través de un **plan**.
4. Coordinación con la mesa Fast-Track, IAPAC y la red de Ciudades Fast-Track para su desarrollo y acciones de comunicación y celebración.

B. Documentación necesaria para la adhesión a la estrategia.

Como primer paso, **el municipio debe comunicar su voluntad de adhesión a la estrategia al equipo internacional Fast-Track Cities.**

Para llevar a cabo la adhesión, la institución necesita generar un **documento de moción institucional**, que incluya el contenido sobre la estrategia y el compromiso que adquiere la ciudad con la firma, **el cual se lleva a pleno municipal para su aprobación.**

Se aportan como anexos una plantilla de moción a presentar (anexo 3) y algunos textos orientativos para incluir en la misma (anexo 4)

Posteriormente, **se enviará en una carta o email oficial al director /a regional de IAPAC, u otro contacto del equipo Fast-Track que haga seguimiento a la ciudad, junto con el documento de adhesión a la estrategia.**

Una vez se activa la adhesión de la ciudad se constituirá un **grupo de trabajo (mesa Fast-Track)** en donde se procederá al diseño de un **plan local para la implementación de la estrategia**, que será compartido con IAPAC y comunicado una vez realizado en los espacios de difusión del municipio.

C. Mesa Fast-Track: grupo de trabajo para la estrategia.

El grupo municipal de trabajo de la iniciativa Fast-Track **deberá ser constituido localmente tras la firma** de la Declaración de París, y la de Sevilla, **con los agentes clave de la respuesta al VIH y a la salud sexual**. Siempre teniendo en cuenta la idiosincrasia local de cada sitio, se sugiere la presencia de:

- Alcaldía o representante de alcaldía.
- Dirección de Salud Pública / Concejalía de salud.
- Otras concejalías de interés: igualdad, asuntos sociales, educación
- Opción de involucrar a la Comunidad de Autónoma, Diputación u otro organismo.
- Organización comunitaria promotora de la Declaración de París o local, vinculada a las comunidades objetivo.
- Y otros grupos de interés para el proyecto: sociedades científicas, departamentos de VIH, representantes de centros especializados, etc.

Los diferentes **roles y liderazgos** en el grupo de trabajo se deberán configurar localmente **bajo la estructura de funciones a ejecutar, con un calendario de trabajo razonable y adecuado** para su cumplimiento:



Este grupo trabajará de forma periódica y coordinada, así como con IAPAC y en coordinación con la red estatal de Ciudades Fast-Track de España y el Ministerio de Sanidad y la FEMP.

4. Diseño de un plan Fast-Track local

A. La importancia y necesidad del diseño de un plan estratégico y de acción para la implementación de la estrategia.

La planificación estratégica es un proceso que conduce a los grupos de personas y profesionales a establecer metas organizacionales, definir estrategias y políticas para el logro de esas metas, desarrollar planes para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados.

Acelerar una respuesta como la del VIH requiere de esa planificación desde una perspectiva de innovación y desarrollo, por eso requiere, no sólo de los pasos habituales en la planificación, sino abordar retos y traspasar protocolos y circuitos habituales, a través de un plan operativo, práctico que facilite ese nuevo modelo de respuesta, como el incluir, coliderar y co-crear el proceso junto a las personas con VIH, la comunidad y otros agentes.

Supone retar al propio status quo para desbloquear los procesos actuales que limitan, en salud pública, los objetivos generales para erradicar el virus y su estigma.

El **plan estratégico óptimo para la estrategia Fast-Track debe caracterizarse por el liderazgo comunitario y por ser de carácter multidisciplinar e interseccional**, abarcando espacios, acciones y comunidades no etiquetadas o incluidas habitualmente.

El plan estratégico **deberá estar alineado con:**

- La estrategia política de ONUSIDA y las Ciudades Fast-Track y sus declaraciones.
- El Plan Estratégico de la DCVIHT, o el plan que se encuentre vigente por parte del Ministerio de Sanidad.
- El Plan Autonómico correspondiente.

Este plan **deberá incluir las fases básicas para su adecuación:**

- Proceso de constitución, análisis y vigilancia.
- Diseño del plan estratégico y operativo, junto a un plan de comunicación específico.
- Movilización de recursos y colaboradores.
- Implementación del plan de comunicación.
- Medición y evaluación (acción continuada).

Por las características y habilidades de este grupo de personas expertas, se recomienda el uso de modelos de trabajo y planificación estratégica en diseño creativo, emprendimiento y cocreación, como el **modelo canvas adaptado de las Fast-Track Cities (anexo 5)**.

B. Análisis de la situación local del VIH, y otras ITS, y de las principales comunidades afectadas.

Fase de análisis de la realidad local, los agentes clave, recursos y respuesta actual, así como sus puntos de mejora posible.

Junto a la mesa de trabajo Fast-Track se iniciará el proceso con un análisis de la situación del VIH, ITS, de las hepatitis víricas y tuberculosis, y de las comunidades más afectadas, a nivel municipal. **El conocimiento específico de datos epidemiológicos es una de las principales barreras a la hora de ajustar respuesta al VIH y las infecciones de transmisión sexual.**

Conocer la realidad local de éstas, permite

- Trazar programas preventivos adecuados para las comunidades más afectadas.
- Responder a gaps en la recogida de datos y mejorar así en análisis de situación en la ciudad.
- Dar respuesta a fenómenos emergentes relacionados con las comunidades clave como el trabajo sexual, el uso sexualizado de drogas, el chemsex problemático, el uso de la prevención combinada, etc.
- Poner datos a la discriminación y estigma hacia las comunidades clave.

Habitualmente los municipios se encontrarán con una carencia de datos específicos, pero se puede diseñar un análisis partiendo de diferentes fuentes de referencia no sólo locales, sino de centros especializados públicos y comunitarios, ONG, registros autonómicos y nacionales.

Y, siempre, **la recogida específica de datos a nivel local, puede ser una forma de contribuir a la mejora del abordaje de esas infecciones.**

C. Herramienta de evaluación: checklist Fast-Track Cities.

Para facilitar el trabajo de análisis local y la planificación de acciones, desde la coordinación nacional de las Ciudades Fast-Track de España, hemos diseñado **un checklist de evaluación,**

planificación y seguimiento que permite bajar los objetivos estratégicos internacionales y nacionales a la realidad de las ciudades.

ZERO CITIES Checklist

A. Ending inequalities and engaging stakeholders to end AIDS

| | |
|--|--|
| 1. Iniciar espacio de trabajo ZERO CITIES (Fast Track y Pacto Social) | |
| a. Firma de la Estrategia Fast Track / Declaración de París | |
| b. Firma de la Declaración de Sevilla | |
| c. Adhesión al Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH del Ministerio de Sanidad | |
| 2. Involucrar entorno clínico, administrativo, comunitario y educativo en la toma de decisiones y participación. | |
| a. Creación del Grupo de trabajo Fast Track Cities | |
| b. Adhesión y participación en la Red Española de Fast Track Cities | |
| c. Análisis de necesidades y situación local con los principales agentes de respuesta y co-liderado con la comunidad (perfil / mapa epidemiológico) | |

Imagen ejemplo checklist

La herramienta (anexo 6) incluye 10 áreas de análisis, basados en los puntos definidos en la Declaración política sobre el VIH y el sida de 2021 de la Asamblea General de las Naciones Unidas⁴ y el Plan Estratégico de la DCVIHT⁵:

1. Acabar con las desigualdades e implicar a las partes interesadas para poner fin al sida.
2. Aplicación eficaz de la prevención combinada del VIH.
3. Pruebas del VIH, tratamiento y supresión vírica.
4. Transmisión vertical del VIH y sida pediátrico.
5. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas / otras identidades.
6. Liderazgo comunitario.
7. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación.
8. Inversiones y recursos.
9. Cobertura sanitaria universal e integración.
10. Datos, ciencia e innovación.

⁴ https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-political-declaration_summary-10-targets_en.pdf

⁵ https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfInfecciones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/Plan_de_Prevenccion_y_Control11.pdf

En cada una de esas áreas se han incluido objetivos operativos y acciones, que garantizan el cumplimiento de éstas y, en definitiva, de los objetivos estratégicos.

No todos los modelos de ciudad tienen acceso a la prestación o coordinación de algunos de esos servicios, lo que puede dificultar el poder rellenar el checklist con la realidad local, pero los municipios si tienen acceso a la información de la administración superior responsable y pueden trabajar en coordinación con la misma, para completar la información necesaria, así como con el resto de los miembros de la mesa Fast-Track.

En la matriz editable para completar (anexo 7) hay columnas ejemplo para rellenar por los diferentes miembros de la mesa Fast-Track que pueden ser ampliadas y personalizadas según la configuración local.

Imagen matriz checklist

D. Diseño de un plan estratégico y operativo

Una vez completada la información en esta matriz, por los diferentes participantes del grupo Fast-Track local, se podrá extraer una lectura de necesidades y mejoras que plasmar en un plan:

- a) A través de un **“DAFO Fast-Track”**: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, sobre el que se desarrollará.
- b) Unos **objetivos (prioridades estratégicas) y un plan operativo de acciones SMART**: Sencillos, Medibles, Alcanzables, Relevantes – y replicables – y Temporalizados.
- c) Incluir un **calendario de trabajo y fechas de seguimiento** y evaluación continuada con indicadores.

- d) **Organizar grupos específicos de desarrollo de tareas dentro de la mesa Fast-Track** e incluso con colaboradores externos y comunitarios.
- e) **Un plan de comunicación como eje transversal del proyecto.**

E. Diseño de un plan de comunicación

Uno de los **principales ejes de la estrategia Fast-Track es la comunicación**. A través de ella, se consigue:

- El trabajo coordinado con los diferentes agentes.
- Comunicar los objetivos y los logros conseguidos.
- Difundir información y sensibilizar a través de campañas para movilizar a la ciudadanía en esta estrategia y en el cuidado de su salud sexual.

Ese plan de comunicación debe ser trazado, especialmente, con las comunidades objetivo, adaptado a su lenguaje, argot, entornos y canales de comunicación y debe implicar al resto de componentes de la mesa Fast-Track, así como otros colaboradores.

Se deben poner a disposición de este todos los canales de difusión públicos, así como recursos para que realmente suponga ese pilar de cambio.

De ese plan de comunicación se estructurarán **materiales, campañas y recursos informativos que se acercarán a la población general y segmentada** para hacer de la comunicación un eje central de las acciones Fast-Track de la ciudad.

En el checklist se incluyen ideas y efemérides como guía para la realización de acciones que se incluyan en el plan de comunicación resultante.

5. Ejemplos de buenas prácticas

A. Buenas prácticas en planes estratégicos desarrollados.

Algunas ciudades han destacado por su **liderazgo y la calidad de sus planes estratégicos**, como son:

- Londres: <https://fasttrackcities.london/>
- Amsterdam: <https://fasttrackcitiesmap.unaids.org/cities/amsterdam/>

B. Buenas prácticas en la participación comunitaria.

Otros municipios se han caracterizado por la **participación y liderazgo comunitario**, como:

- Torremolinos:
 - <https://www.iapac.org/conferences/fast-track-cities-2019/>
 - <https://www.iapac.org/files/2019/10/FTC2019-Garrido.pdf>
- Praga: <https://www.praguepride.cz/en/negotiation/fast-track-cities>

C. Buenas prácticas de gobernanza y coordinación institucional de la estrategia.

Algunas ciudades han demostrado que la implicación y motor institucional da resultados y moviliza el resto de los recursos:

- Sevilla:
 - <https://www.sevilla.org/servicios/servicio-de-salud/estrategia-fast-track>
- **Fast-Track Cities Implementation Strategy (anexo 8)**: este espacio del portal de Fast-Track Cities contiene diferentes elementos de gestión y manejo de la estrategia, así como de recogida de datos, que son la herramienta más adecuada para incluir en el desarrollo del plan local junto a los pasos de esta guía rápida:
 - <https://www.fast-trackcities.org/implementation-strategy>

Además, en la página web de Fast-Track Cities internacional hay una sección que recoge diferentes ejemplos de buenas prácticas a nivel local:

<https://www.iapac.org/fast-track-cities/fast-track-cities-best-practices-repository/>

6. Anexos

- Anexo 1. Declaración de París
- Anexo 2.** Declaración de Sevilla
- Anexo 3. Plantilla de moción institucional
- Anexo 4.** Ejemplos de textos para mociones
- Anexo 5. Modelo Canvas Fast-Track Cities
- Anexo 6.** Fast-Track Cities Checklist
- Anexo 7. Matriz del FTC Checklist
- Anexo 8.** Fast-Track Cities Implementation Strategy

Links de interés

- <https://www.iapac.org/fast-track-cities/>
- <https://www.fast-trackcities.org/>
- <https://www.unaids.org/en/cities>
- <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/FAST-RACK/Fast-track.htm>
- <https://recs.es/fast-track-cities/>
- http://femp.femp.es/CartaLocal/Front/Noticias/CL_ContentoDetalle/ sYcniRvuy5ly-yy6MEsAr-9BeJfHHXdk6DRo6_iQwPA
- <https://fasttrackcities.london/new-charity-partnership-for-hiv-anti-stigma-charter/>

Ciudades Fast-Track

https://www.birmingham.gov.uk/info/50266/other_public_health_projects/2409/fast-track_cities_plus_initiative

<https://www.austintexas.gov/article/austintravis-county-fast-track-cities>

Otros ejemplos de planes estratégicos de ciudades Fast-Track

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/FastTrackCities_En..pdf

Glosario

| | |
|----------------|--|
| CESIDA | Coordinadora Estatal Comunitaria de VIH/ sida |
| Chemsex | Uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días) entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), cuyo elemento clave es el tiempo, porque a mayor tiempo puede ocurrir mayor exposición a diversos riesgos o daños, y la conexión con apps de contacto y sesiones, denominadas chills |
| DCVIHT | División de control del VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis |
| FEMP | Federación de Municipios y Provincias |
| FTC | Fast-Track Cities |
| GBHSH | Gais, bisexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres |
| IAPAC | Asociación Internacional de Proveedores de cuidados para el VIH/ sida |
| ITS | Infecciones de transmisión sexual |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| PEP | Profilaxis post exposición |
| PrEP | Profilaxis pre exposición |
| Sida | Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana |
| TAR | Tratamiento Antirretroviral |
| VIH | Virus de la Inmunodeficiencia Humana |

DECLARACIÓN DE PARÍS

01 de diciembre de 2014 (modificado
el 13 de Abril de 2021)

Estrategia de Respuesta Rápida 95-95-95 (FAST- TRACK CITIES): ACABAR CON LA EPIDEMIA DEL VIH

Ciudades y Municipios que logran el Estigma Cero relacionado con el VIH y los objetivos 95-95-95 en una Trayectoria para Llegar a Cero Nuevas Infecciones de VIH y Cero Muertes Relacionadas con el SIDA

[CIUDAD]

[Fecha de la Firma]

95%

de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico

95%

de las personas que conocen su estado VIH-positivo reciben terapia antirretroviral

95%

de las personas que reciben tratamiento antirretroviral tienen la carga viral suprimida

DECLARACIÓN DE PARÍS SOBRE ESTRATEGIA DE RESPUESTA RÁPIDA 95-95-95 (FAST-TRACK CITIES)

Nos encontramos en un momento decisivo en la respuesta al VIH. Gracias a los avances científicos, el activismo comunitario y el compromiso político, tenemos la oportunidad de alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.3 de acabar con la epidemia de VIH para el 2030. Las ciudades y los municipios se han visto muy afectados por la epidemia y han estado a la vanguardia de la respuesta al VIH. Las ciudades y los municipios están en una posición única para liderar la acción acelerada hacia la consecución de los objetivos 95-95-95 de las Naciones Unidas y otros objetivos relevantes. Lograr estos objetivos nos situará en una trayectoria para llegar a cero nuevas infecciones de VIH y cero muertes relacionadas con el sida.

Reconocemos que poner fin a la epidemia del VIH requiere un enfoque integral que permita a todas las personas acceder a servicios de calidad para salvar y mejorar la calidad en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo para el VIH, la tuberculosis (TB) y las hepatitis virales. Integrar estos servicios en los servicios de salud sexual, reproductiva y mental es fundamental para lograr el acceso universal a la atención médica.

Podemos eliminar el estigma y la discriminación si basamos nuestras acciones en pruebas científicas. Entender que el tratamiento exitoso del VIH y la supresión viral previenen la transmisión del VIH (Indetectable= intransmisible) puede ayudar a reducir el estigma y animar a las personas que viven con el VIH a iniciar y cumplir el tratamiento del VIH.

Trabajando juntos, las ciudades y los municipios pueden acelerar las acciones locales para acabar con las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica en todo el mundo para 2030. Tal y como pide la Nueva Agenda Urbana, aprovecharemos nuestro alcance, infraestructura y capacidad humana para construir un futuro más equitativo, inclusivo, próspero y sostenible para todos nuestros residentes, independientemente de su edad, género, orientación sexual y circunstancias sociales y económicas.

NOS COMPROMETEMOS A:

1. Acabar con las epidemias de VIH en ciudades y municipios en el año 2030

Nos comprometemos a alcanzar los objetivos 95-95-95 y otros objetivos de la Vía Rápida, lo que nos situará firmemente en el camino para acabar con las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica para 2030. Nos comprometemos a proporcionar un acceso continuo a las pruebas de detección del VIH de calidad, al tratamiento y a los servicios de prevención, incluida la profilaxis previa a la exposición (PrEP), en apoyo de un enfoque integral para acabar con la epidemia del VIH que también aborda la tuberculosis, las hepatitis virales, las infecciones de transmisión sexual, la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y las comorbilidades asociadas al envejecimiento con el VIH. Eliminaremos el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

2. Poner a las personas en el centro de todo lo que hacemos

Centraremos nuestros esfuerzos en todas las personas vulnerables al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades. Ayudaremos a realizar y respetar los derechos humanos de todas las personas afectadas y no dejaremos a nadie atrás en nuestras respuestas municipales al VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica. Incluiremos de forma significativa a las personas que viven con el VIH en la toma de decisiones sobre políticas y programas que afectan a sus vidas.

Anexo I

Actuaremos a nivel local y en colaboración con nuestras comunidades para impulsar el apoyo mundial a las sociedades sanas y resistentes y al desarrollo sostenible.

3. Abordar las causas del riesgo, la vulnerabilidad y la transmisión

Utilizaremos todos los medios, incluyendo las ordenanzas, políticas y programas municipales, para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al VIH y a otras enfermedades, incluyendo las leyes que discriminan o criminalizan a las poblaciones clave. Garantizaremos que las personas afectadas por el VIH disfruten de una participación igualitaria en la vida civil, política, social, económica y cultural, sin prejuicios, estigmas, discriminación, violencia o persecución. Trabajaremos estrechamente con las comunidades, los proveedores de servicios clínicos y de servicios, las fuerzas del orden y otros socios, y con las poblaciones marginadas y vulnerables, incluidos los habitantes de los barrios marginales, los migrantes y otras personas desplazadas, las mujeres jóvenes, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y las personas transgénero, para fomentar la equidad social.

4. Utilizar nuestra respuesta al VIH para una transformación social positiva

Nuestro liderazgo aprovechará la transformación social innovadora para construir sociedades equitativas, inclusivas, receptivas, resilientes y sostenibles. Integramos los programas sanitarios y sociales para mejorar la prestación de servicios, incluidos los relativos al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades. Utilizaremos los avances de la ciencia, la tecnología y la comunicación para impulsar el programa de transformación social, incluso en el contexto de los esfuerzos por garantizar la igualdad de acceso a la educación y el aprendizaje.

5. Construir y acelerar una respuesta adecuada que refleje las necesidades locales

Desarrollaremos y promoveremos servicios innovadores, seguros, accesibles, equitativos y libres de estigma y discriminación. Alentaremos y fomentaremos el liderazgo de la comunidad para crear una demanda de servicios de calidad que respondan a las necesidades locales y para prestarlos.

6. Movilizar recursos para la salud pública integrada y el desarrollo sostenible

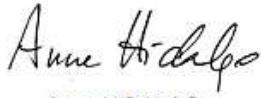
Invertir en la respuesta al VIH junto con un fuerte compromiso con la salud pública y el desarrollo sostenible es una inversión sólida en el futuro de nuestro municipio que producirá un aumento de la productividad, una prosperidad compartida y el bienestar general de nuestros ciudadanos. Adaptaremos nuestros planes y recursos municipales para una respuesta rápida al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades en el contexto de un enfoque integrado de salud pública. Desarrollaremos estrategias de financiación innovadoras y movilizaremos recursos adicionales para acabar con la epidemia de VIH para 2030.

7. Unirse como líderes

Nos comprometemos a desarrollar un plan de acción para guiar los esfuerzos de nuestras ciudades y municipios por la vía rápida, a adoptar un uso transparente de los datos para rendir cuentas y a unirnos a una red de ciudades y municipios para hacer realidad la Declaración de París sobre Ciudades por la Vía Rápida. Trabajando en amplia consulta con todos los interesados, mediremos regularmente nuestros resultados y ajustaremos nuestras respuestas para ser más rápidos, más inteligentes y más eficaces. Apoyaremos a otras ciudades y

Anexo I

municipios y compartiremos nuestras experiencias, conocimientos y datos sobre lo que funciona y lo que puede mejorarse. Informaremos anualmente de nuestros progresos.



Anne HIDALGO
Alcaldesa de Paris



Winnie BYANYIMA
UNAIDS



Maimunah Mohd SHARIF
UN-Habitat



José M. ZUNIGA
IAPAC



FAST-TRACK
CITIES





FAST-TRACK CITIES

ACCIÓN ACELERADA EN LAS CIUDADES

Declaración de Sevilla sobre la importancia de las comunidades en la respuesta urbana al VIH

11 de octubre de 2022

Estamos entre los firmantes de la Declaración de París sobre Acción acelerada en las ciudades para acabar con la epidemia del VIH (en adelante, Declaración de París) y todos creemos que las comunidades locales desempeñan un papel fundamental para poner fin a la epidemia del VIH, la tuberculosis (TB) y la hepatitis vírica para 2030. Nos comprometemos a alcanzar las metas y objetivos de Naciones Unidas (ONU) a través de la creación de un entorno que apoye la existencia de ciudades y municipios más igualitarios, equitativos e inclusivos para todos los ciudadanos, incluidos los más vulnerables.

Mediante la firma de la Declaración de París nos hemos comprometido a situar a las personas en el centro de nuestro trabajo, a avanzar en el respeto de los derechos humanos de las poblaciones marginadas y a garantizar que las respuestas sanitarias satisfagan las necesidades locales. Para lograr estos compromisos es necesario que las comunidades pasen de simplemente negociar aspectos de las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica, a liderarlas. En consonancia con la Declaración de París, la [Declaración política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2021](#) establece que no alcanzaremos nuestros objetivos sin la plena participación de las comunidades afectadas. Esta declaración también pide que haya un compromiso expreso para garantizar que las comunidades estén incluidas en todos los aspectos de las respuestas al VIH y la salud sexual, como la planificación, la aplicación y el monitoreo. De la misma manera, este compromiso también debería aplicarse en las respuestas locales a la TB y a la hepatitis vírica.

Situación a las comunidades en el centro de las respuestas urbanas al VIH, la TB y la hepatitis vírica es un objetivo claro. Sin embargo, alcanzar este objetivo requerirá voluntad política, participación comunitaria, apoyo legislativo, recursos financieros e innovación en la prestación de programas y servicios. Debido a que los gobiernos locales y municipales están más cerca y son más responsables de las comunidades locales que los nacionales, nuestras ciudades y municipios están en una buena posición (en línea con los compromisos de la Declaración de París) para garantizar que las comunidades jueguen un rol indispensable para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con el fin de la epidemia del VIH, la TB y la hepatitis vírica para 2030.

NUESTRA CIUDAD O MUNICIPIO SE COMPROMETE A:

1. Proteger la dignidad y los derechos de las comunidades afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Nos esforzaremos por alcanzar el objetivo de la [Declaración de Derechos Humanos de la ONU](#) que afirma que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” y “a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar”, abordando las desigualdades e injusticias sistémicas que tienen lugar en nuestras comunidades. Seguiremos trabajando para promulgar la [Nueva Agenda Urbana](#), garantizando “el respeto y la protección de los derechos humanos para todos”. Nos esforzaremos por eliminar las ordenanzas municipales y leyes que discriminan o criminalizan los comportamientos de las poblaciones vulnerables más afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica.

2. Cumplir los objetivos de la ONU en materia de respuestas comunitarias al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Aplicaremos políticas y medidas presupuestarias para garantizar que los fondos destinados a ciudades y municipios cumplan los objetivos de la ONU de aumentar la proporción de servicios relacionados con el VIH prestados por las comunidades y garantizar que, para 2025, organizaciones dirigidas por las comunidades ofrezcan: el 30 % de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH, centrándose en las pruebas del VIH, acceso al tratamiento, apoyo para que las personas que viven con el VIH comiencen el tratamiento y no lo abandonen e información sobre este; el 80 % de los servicios de prevención del VIH para grupos de población clave y para las mujeres que forman parte de estos grupos; y el 60 % de los programas que fomentan la consecución de habilitadores sociales. Colaboraremos de manera multilateral con gobiernos regionales y nacionales para alcanzar estos objetivos. Nos comprometemos a proporcionar a las comunidades y a las organizaciones comunitarias el apoyo que necesiten para aumentar su capacidad de actuación y garantizar resultados satisfactorios, también en relación con los determinantes sociales de la salud. Las comunidades suelen estar en una posición de desventaja a la hora de conseguir financiamiento destinado a ciudades y municipios para servicios relacionados con el VIH. Por ello, daremos prioridad a las organizaciones comunitarias mejor posicionadas para apoyar y prestar servicios a las comunidades afectadas. Consolidaremos nuestro compromiso de aplicar medidas políticas, presupuestarias y de divulgación en las respuestas a la TB y la hepatitis vírica.

3. Incluir a las comunidades en todas las fases de nuestra respuesta al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Estaremos en contacto con las comunidades afectadas para revisar nuestras políticas, procedimientos y operaciones y nos aseguraremos de que la representación de las comunidades tenga prioridad en las fases de planificación, implementación y monitoreo de nuestras respuestas a nivel local al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Utilizaremos estrategias para garantizar una representación diversa, incluyendo grupos de población clave, comunidades afectadas, niños y jóvenes, promoviendo la colaboración intergeneracional si procede. Nos aseguraremos de que los miembros de las comunidades puedan participar activamente y aportar información en los procesos de toma de decisiones. En este sentido, nos comprometemos a crear y ampliar los espacios de liderazgo para los miembros de las comunidades dentro de nuestras respuestas a nivel local al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

4. Facilitar que las comunidades hagan un seguimiento de la respuesta al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Trabajaremos para que las comunidades hagan un seguimiento de la respuesta local al VIH, la TB y la hepatitis vírica y que sean partícipes de la recopilación, análisis y uso de datos con el apoyo de la sanidad pública y otras instituciones. Si para alcanzar este compromiso es necesario modificar políticas que dependen de nuestra autoridad a nivel municipal o local, nos comprometemos a hacerlo para facilitar un mecanismo de rendición de cuentas basado en datos y en la equidad que permita a nuestras comunidades considerarnos responsables de nuestros avances o de la falta de ellos.

5. Aumentar la transparencia y la comunicación para facilitar la participación de la comunidad.

Informaremos periódicamente sobre la planificación y los progresos realizados, de modo que el público pueda participar en la toma de decisiones relativas a las respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Traduciremos información relevante a idiomas que reflejen la diversidad de nuestras comunidades y emplearemos un lenguaje accesible para poblaciones con distintos niveles de alfabetización. Garantizaremos que todas las decisiones relacionadas con las respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica se tomen en reuniones públicas, abiertas y accesibles siempre que sea posible.

6. Desarrollar estrategias de divulgación para identificar y llegar a las partes interesadas de la comunidad.

Somos conscientes de que un elevado porcentaje de las personas más afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica tienen un acceso limitado a la información, especialmente a través de los medios de comunicación tradicionales que usan los gobiernos locales y las instituciones sanitarias públicas. Junto con representantes de la comunidad, elaboraremos planes para identificar a estas personas y hacerles llegar información a través de los medios que utilicen, ya sea a través de redes sociales o espacios comunitarios, de modo que podamos establecer contacto con las partes interesadas de la comunidad de un modo más accesible, cómodo e integrador. Nos comprometemos a ponernos en contacto y comunicarnos adecuadamente con niños y jóvenes, que históricamente han estado excluidos de las principales estadísticas sanitarias y programáticas relacionadas con las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

7. Apoyar a los profesionales de la salud, a los líderes y a las personas cercanas a nuestra comunidad.

Reconocemos que a menudo las personas más cercanas a las comunidades afectadas (como los profesionales de la salud o educadores) carecen de los recursos necesarios y con demasiada frecuencia realizan su trabajo como voluntarios. Si apoyamos el reconocimiento oficial, la remuneración y el desarrollo profesional de estos trabajadores de la comunidad, podremos impulsar la labor que realizan para mejorar la prevención y la atención médica del VIH, la TB y la hepatitis vírica. También se podrá garantizar que reciben apoyo mientras refuerzan nuestras respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

8. Trabajar para eliminar el estigma y la discriminación que existe tanto dentro de nuestras comunidades como hacia ellas.

Trabajaremos dentro de nuestras posibilidades para poner fin al estigma y la discriminación hacia las personas que viven con y se ven afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica y especialmente hacia los grupos de población clave que sufren estigma y discriminación interseccional. Las comunidades marginadas no pueden participar plenamente en las respuestas de salud pública si sus comportamientos o identidades están criminalizados o estigmatizados. Colaboraremos con representantes de la comunidad para que las ordenanzas, políticas y programas aborden directamente estas barreras en ciudades y municipios, fomenten el cambio a nivel nacional e inviertan en organizaciones que sensibilicen sobre el estigma y la discriminación.

9. Conectar nuestras comunidades locales a las redes del VIH, TB y hepatitis vírica a nivel mundial.

Utilizaremos nuestra red para conectar a las comunidades de nuestras ciudades y municipios con otras de todo el mundo, para que así compartan sus prácticas más efectivas y trabajen en solidaridad con el fin de encontrar soluciones a problemas intersectoriales. La red de Acción acelerada en las ciudades nos brinda la inigualable oportunidad de participar en el multilateralismo de la salud pública. Así, podremos garantizar que nuestras ciudades y municipios tengan voz a nivel mundial para trabajar en el fin de la epidemia del VIH, la TB y la hepatitis vírica.

10. Informar anualmente de los progresos realizados para situar a las comunidades en el centro de nuestro trabajo.

Con el fin de responder a nuestras necesidades locales, colaboraremos con los representantes de la comunidad para adoptar y adaptar los parámetros mundiales estandarizados en cuanto a las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Además, trabajaremos con representantes comunitarios para desarrollar marcos de ejecución y rendición de cuentas en relación con los compromisos recogidos en este documento y en la *Declaración de París*. Especialmente conforme evoluciona para incorporar parámetros mundiales nuevos o actualizados. De este modo pondremos a las comunidades en el centro de nuestro trabajo. Utilizaremos la red de Acción acelerada en las ciudades para informar anualmente sobre nuestros progresos.

Firmamos este documento en nombre de las ciudades y municipios que representamos y en solidaridad con los miembros de la comunidad y las organizaciones con base comunitaria con las que nos comprometemos a garantizar la centralidad de las comunidades en las respuestas urbanas al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

MOCIÓN INSTITUCIONAL EN RELACIÓN CON LA APROBACIÓN DE LA ADHESIÓN A LA DECLARACIÓN DE PARÍS [Y LA DECLARACIÓN DE SEVILLA] Y LA CREACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO SECTORIAL PARA CONTRIBUIR A LA ERRADICACIÓN DEL VIH/SIDA Y DE SU ESTIGMA

MOCIÓN

Se propone al pleno de la Corporación Municipal del Ayuntamiento de XXX apruebe la adhesión a la estrategia Fast Track Cities de ONUSIDA y que se cree una mesa de trabajo para su implementación y cumplimiento de objetivos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El 1 de diciembre de 2014, alcaldesas y alcaldes de todo el mundo firmaron la Declaración de París de acción acelerada en las ciudades para poder poner fin al sida. De acuerdo con ello, se comprometieron a alcanzar en el año 2020 los objetivos 90%-90%-90% / 95% - 95% - 95%, relativos a la cascada de tratamiento del VIH. Estos objetivos pretenden que, para ese año, el 95% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico, que el 95% de quienes conozcan su estado serológico positivo recibirá un tratamiento, y que el 95% de las personas en tratamiento logrará suprimir la carga viral consiguiendo el estado de indetectabilidad. De esta forma, se reducirán rápidamente el número de infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida (incluidas las causadas por la tuberculosis) y se acelerará el proceso para acabar prácticamente con el sida para el año 2030. La declaración y adhesión municipal supone no sólo una declaración de intenciones, sino un compromiso claro para luchar desde las ciudades con todos los medios necesarios, como ordenanzas municipales y otras herramientas, para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al V/H y a otras enfermedades.

Junto a la Asociación / Recurso Comunitario XXX se inicia esta iniciativa instando a nuestro Ayuntamiento de XXX la adhesión a la declaración de París y a la de Sevilla, así como a adherirse al Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH del Ministerio de Sanidad y la comunidad VIH.

Consideramos que el pleno municipal debe adoptar estas adhesiones.

ACUERDO

1. Aprobar la adhesión del Ayuntamiento de XXX a la Declaración de París, de acción acelerada en las ciudades para poner fin al sida, a la Declaración de Sevilla, y al Pacto Social, que figuran como Anexo a esta propuesta de Acuerdo.

Anexo III

2. La creación de una mesa de trabajo sectorial para la ejecución de un Plan Estratégico para erradicar el VIH / sida y otras infecciones en la ciudad y que sea declarada zona cero de infecciones.
3. Instar al gobierno central a mejorar y aumentar la inversión en investigación científica, destinada a la prevención, detección precoz y tratamiento del V/H

***Opción incluir el texto de la declaración de París en el texto de la moción y como anexo el documento a firmar.**

**MOCIÓN INSTITUCIONAL EN RELACIÓN CON LA APROBACIÓN DE LA ADHESIÓN A LA
DECLARACIÓN DE PARÍS [Y LA DECLARACIÓN DE SEVILLA]
Y LA CREACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO SECTORIAL PARA CONTRIBUIR A LA
ERRADICACIÓN DEL VIH/SIDA Y DE SU ESTIGMA**

MOCIÓN

Se propone al pleno de la Corporación Municipal del Ayuntamiento de XXX apruebe la adhesión a la estrategia Fast Track Cities de ONUSIDA y que se cree una mesa de trabajo para su implementación y cumplimiento de objetivos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Considerando lo siguiente:

- a) El VIH está considerado como una de las epidemias más devastadoras a las que se ha enfrentado la humanidad, costando más de 40 millones de vidas desde el inicio de la epidemia (1981). Incluso en 2022, 630 000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en todo el mundo (ONUSIDA, 2022).
- b) 85,6 millones de personas han sido infectadas por el virus del VIH desde el inicio de la epidemia y 39 millones de personas siguen viviendo con el VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2022).
- c) El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ONU, 2015) prevé en su meta 3.3 que: Para 2030, poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, paludismo y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- d) En las Estrategias Mundiales del Sector Sanitario 2022-2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros, establece el objetivo de reducir los casos anuales de VIH y hepatitis vírica de 4,5 millones a menos de 500.000, en todo el mundo. Además, la estrategia mundial contra la hepatitis de la OMS pretende reducir las nuevas infecciones por hepatitis en un 90% y las muertes en un 65% entre 2016 y 2030.
- e) Más recientemente, los Objetivos de ONUSIDA para el sida en 2025, que sitúan en el centro a las personas que viven con el VIH y a las comunidades en riesgo, instan a los países a alcanzar 10 objetivos, entre ellos, que el 95% de las personas con el VIH/sida (PVS) conozcan su estado serológico; que el 95% de las PVS que conozcan su estado inicien el

Anexo IV

tratamiento; que el 95% de las PVS en tratamiento tengan supresión viral, y que menos del 10% de las PVS sufran estigma y discriminación.

f) La Alianza STOP TB y UNOPS, en el Plan Mundial para Erradicar la Tuberculosis, establecen, entre otros, los siguientes objetivos: detectar y diagnosticar al menos al 95% de las personas que viven con tuberculosis (TB), proporcionar tratamiento a 50 millones de personas entre 2023 y 2030 y lograr que el 90% de los tratamientos para todas las formas de TB tengan éxito.

g) Según ONU-Hábitat, las zonas urbanas ya albergan al 55% de la población mundial, y se espera que esa cifra aumente hasta el 68% en 2050 (ONU-Hábitat, 2022).

h) La Red de Ciudades Fast Track fue creada en 2014 por la Asociación Internacional de Proveedores de Atención del Sida (IAPAC), ONUSIDA, ONU-Hábitat y la ciudad de París, junto con 26 ciudades signatarias. Desde entonces, más de 500 ciudades se han adherido a los objetivos de Ciudades por la Vía Rápida (Declaración de París V.4.0. adjunta).

i) En línea con todos los documentos estratégicos globales y el conocimiento basado en la evidencia, Fast-Track Cities prevé que las ciudades firmantes se comprometan a alcanzar los objetivos descritos en la Declaración de París, incluyendo cero estigma y discriminación hacia las PVS, situando la intervención en la escala urbana local, a través de un programa diseñado por actores locales que tenga en cuenta la realidad y especificidad epidemiológica de la ciudad firmante.

j) Insertar aquí los datos nacionales (**si están disponibles**).

k) Insertar aquí los datos a escala de ciudad / autonomía (**si están disponibles**).

Por todo lo expuesto, proponemos








a) Que el Ayuntamiento de **XXX** se adhiera a la Red de Ciudades FastTrack mediante la firma de la Declaración de París (adjunta).

b) Que el Ayuntamiento cree un grupo de trabajo para crear un Plan Estratégico que permita alcanzar los objetivos fijados para 2030 y supervisar la progresión de los objetivos de Fast Track Cities.









c) **[Opcional]** También proponemos que este asunto se remita a la Asamblea Municipal para **XXX** (ejemplos de acciones concretas que se puedan sumar al compromiso: celebración del Día Mundial del Sida, desarrollo de campañas de sensibilización, implementación de subvenciones para prevención, etc.

En **XXX**, a **XX** de **XX** de **20XX**

Canvas Fast Track Cities

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Socios clave para el desarrollo</p>  <p>Socios clave a involucrar para realizar sus actividades/ obtener recursos clave</p> | <p>Actividades principales</p>  <p>Tareas más importantes para tener éxito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis y resolución de problemas - Plan estratégico y acciones/ actividades - Plan de comunicación - Investigación y datos - Red/Plataforma | <p>Proposición de valor del plan</p>  <p>Productos y servicios que creen valor para cada comunidad.</p> <p>Objetivo: Resolver un problema /una necesidad</p> <p>Factores clave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalización - Acceso gratuito y universal - Diseño - Novedad/ actualización: implementación prevención combinada, promoción recursos comunitarios, etc. | <p>Relaciones con las comunidades</p> <p>Tipo de relación que establece con las comunidades en las diferentes líneas de acción planteadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo comunitario - Acciones del checklist FTC | <p>Comunidades clave (enfoque centrado en la persona}</p> <p>Grupos de personas (usuarios individuales o comunidades) u organizaciones para las que crea valor.</p> |
| <p>Coste del plan</p>  | <p>Recursos disponibles</p>  | | | |
| <p>Recursos necesarios para el desarrollo</p>  | | | <p>Canales</p>  <p>Espacios que se usan para comunicar y difundir información, en especial con las comunidades destino.</p> | |

Canvas Fast Track Cities

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
|  |  |  | |  |
| |  |  |  |  |



ZERO CITIES Checklist

A. Acabar con las desigualdades e implicar a las partes interesadas para poner fin al sida

| | |
|---|--|
| 1. Iniciar espacio de trabajo Fast Track y Pacto Social | |
| a. Firma de la Estrategia Fast Track / Declaración de París | |
| b. Firma de la Declaración de Sevilla | |
| c. Adhesión al Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH del Ministerio de Sanidad (https://pactosocialvih.es/) | |
| 2. Involucrar entorno clínico, administrativo, comunitario y educativo en la toma de decisiones y participación. | |
| a. Creación del Grupo de trabajo Fast Track Cities | |
| b. Adhesión y participación en la Red Española de Fast Track Cities | |
| c. Análisis de necesidades y situación local con los principales agentes de respuesta y co- liderado con la comunidad y desarrollo del plan estratégico (perfil / mapa epidemiológico / plan operativo) | |

B. Aplicación eficaz de la prevención combinada del VIH

| | |
|---|--|
| 1. Acceso gratuito y amigable a la prevención combinada | |
| a. Acceso a condones y otros materiales barrera | |
| b. Acceso a lubricante | |
| c. Acceso a PEP | |
| d. Acceso a PrEP | |
| e. Acceso a programas de reducción de riesgos en el uso de sustancias | |
| f. Acceso a programas sanitarios especializados y comunitarios de chemsex | |
| g. Promoción de la educación sexual dentro de las medidas de prevención y recursos de la zona | |
| h. Protocolos informativos sobre los métodos de prevención combinada en los servicios de salud especializados y at. primaria | |
| i. Desarrollo de programas preventivos específicos para comunidades clave (un 80% liderados por la propia comunidad) | |



| | |
|---|--|
| j. Desarrollo y promoción de campañas de prevención y sensibilización junto a la comunidad | |
| k. Garantizar un trato sin discriminación y estigma en los servicios públicos relacionados | |
| l. Desarrollo de un mapa de recursos de prevención en salud sexual | |
| 2. Promocionar la educación sexual y la capacitación en habilidades comunitarias y sexualidad en profesionales sociosanitarios junto a la comunidad. | |
| a. Desarrollo de capacitaciones formativas en sexualidad y aspectos culturales de las comunidades clave por parte de la propia comunidad | |
| b. Formaciones específicas de actualización sobre VIH, ITS y estrategias internacionales, nacionales y regionales para su abordaje | |
| c. Análisis de necesidades y situación local con los principales agentes de respuesta y co-liderado con la comunidad | |
| d. Acompañamiento en los procesos de delito de odio o discriminación relacionados con los servicios de salud y las comunidades clave | |

C. Pruebas del VIH, tratamiento y supresión vírica

| | |
|--|--|
| 1. Acceso a pruebas de diagnóstico y cribado en entornos clínicos y comunitarios para el VIH y otras ITS | |
| a. Accesibilidad de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en atención primaria | |
| b. Promoción de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en recursos comunitarios o mixtos (30% de los recursos de Testing deben ser en la comunidad) | |
| c. Formación e identificación de personal clave para el abordaje de la prueba en recursos de salud públicos | |
| d. Desarrollo de campañas promocionales de acceso a estos recursos | |
| e. Desarrollo de un mapa de recursos de salud sexual y / o especializada y coordinarlo bajo la estrategia | |
| 2. Acceso y promoción del auto-test de VIH y otro tipo de pruebas. | |
| a. Colaboración y coordinación con farmacia comunitaria para el acceso al auto-test de VIH | |
| b. Desarrollo de otro tipo de pruebas de cribado o diagnóstico: gota seca (HepC), VIH a domicilio, PCR en recurso comunitario... | |
| c. Desarrollo de campañas promocionales de acceso a estos recursos | |
| 3. Facilitar el acceso universal al tratamiento del VIH y otras ITS, así como su seguimiento y cuidados relacionados. | |



| | |
|--|--|
| a. Protocolos de acceso rápido al tratamiento de VIH, Hepatitis C y otras ITS | |
| b. Circuito de derivación “point of care” y cuidados en calidad de vida, desarrollado entre los diferentes agentes de cribado y diagnóstico de VIH / ITS (objetivo tratamiento en el día / plazo de una semana – programas de calidad de vida) | |

D. Transmisión vertical del VIH y sida pediátrico

*La transmisión vertical es una vía controlada en el sistema de salud pública de España dentro de los protocolos de gestación. En este punto, nos centramos en los cuidados a la salud sexual en cuidados ginecológicos

| | |
|---|--|
| 1. Promocionar el cuidado de la salud sexual en paralelo a los cuidados pediátricos y ginecológicos | |
| a. Información especializada en prevención de ITS (VIH) y ginecología | |
| b. Promoción de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en recursos de salud pública o comunitarios especializados en mujer / diversidad | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios de mujer y diversidad | |

E. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas / otras identidades

| | |
|---|--|
| 1. Capacitación en género y diversidad en los entornos clínicos y administrativos, así como en salud sexual relacionada y competencias comunitarias | |
| a. Formación en género | |
| b. Formación en diversidades sexuadas e identidades no normativas | |
| c. Formación en competencias comunitarias sobre los colectivos más vulnerables en acceso, prevalencia y derechos. | |
| d. Identificación de sesgos, protocolos y acciones estigmatizadoras o discriminatorias respecto a género y diversidad dentro de la estructura administrativa y del sistema de salud público | |

F. Liderazgo comunitario

| | |
|---|--|
| 1. Identificación y promoción de recursos comunitarios clave para el Desarrollo de ambas estrategias (Pacto Social y Fast Track Cities) | |
| a. Mapa de recursos comunitarios en salud sexual y de los colectivos clave | |



| | |
|--|--|
| b. Participación y liderazgo de la comunidad clave en el grupo motor Fast Track y en el desarrollo de planes y acciones relacionadas | |
| c. Promoción institucional de los recursos comunitarios asociados a través de ayudas y espacios de participación seguros | |
| 2. Dar voz a las personas con VIH: liderazgo, visibilidad y representación institucional. | |
| a. Diseño (o adaptación) de campañas junto a la comunidad, que visibilicen la realidad de las personas con VIH | |
| b. Acciones y campañas de respuesta al estigma relacionado al VIH y las ITS | |
| c. Participación de personas con VIH en las diferentes acciones del plan | |

G. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación

| | |
|---|--|
| 1. Defensa de los DDHH y de las personas con VIH e identificación de barreras | |
| a. Mapeo de situaciones de discriminación: Identificación de sesgos, protocolos y acciones estigmatizadoras o discriminatorias respecto a género y diversidad dentro de la estructura administrativa y del sistema de salud público | |
| b. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y su acceso, como parte de los DDHH fundamentales: campañas, espacios educativos, sociales y de salud. | |
| 2. Acciones de promoción de los DDHH y de las comunidades más vulnerables. | |
| a. Promoción de las principales fechas institucionales o relacionadas con la salud sexual y las comunidades clave: <ul style="list-style-type: none"> • Día Mundial del VIH /sida • Días de la salud sexual • Orgullo LGBTQIA+ • Octubre trans • Día de la mujer • Semanas Europeas de la Prueba de VIH y otras ITS (anualmente en primavera, alrededor de mayo, y otoño, alrededor de noviembre) • Efemérides de migración | |
| b. Colaboración con otros espacios de salud, psicosociales y educativos para dar respuesta al estigma relacionado con el VIH y las comunidades más vulneradas | |
| c. Acciones de promoción del Pacto Social | |
| d. Formaciones específicas en materia de DDHH, sexualidad, competencias comunitarias y estigma | |



H. Inversiones y recursos

| | |
|---|--|
| 1. Facilitar espacios de diálogo y trabajo para la consecución de estos objetivos | |
| a. Promoción del grupo FastTrack, del plan de acción y del vínculo con el Pacto Social | |
| b. Promoción de grupos de trabajo paralelos o acciones para el desarrollo de los objetivos del plan FastTrack | |
| c. Colaboración con otros partners para la consecución de los objetivos | |
| 2. Destinar fondos a la prevención, sensibilización y desarrollo comunitario. | |
| a. Invertir fondos en recursos y materiales preventivos | |
| b. Invertir fondos en campañas de sensibilización y promoción de la salud sexual, la diversidad y los DDHH de manos de la comunidad | |
| c. Invertir fondos para el desarrollo comunitario y mejora de la calidad de vida de los colectivos más vulnerables | |
| d. Hacer partícipe y colíder a la comunidad en el proceso de toma de decisiones | |

I. Cobertura sanitaria universal e integración

| | |
|--|--|
| 1. Garantizar el acceso sanitario a toda persona | |
| a. Protocolos de acceso sanitario para personas en situación legal indeterminada | |
| b. Acceso universal al tratamiento del VIH, hepatitis y otras ITS, así como a la cobertura sanitaria pública | |
| c. Promoción y acceso a la salud sexual en colectivos vulnerables: joven, LGTBQIA+, mujer, migrante, personas con diversidades | |
| 2. Incluir la salud sexual como prioritaria en la gestión de la salud adolescente y joven, junto a otros fenómenos emergentes como el uso sexualizado de drogas, Chemsex y otros. | |
| a. Implementar estrategia nacional de la División de VIH, hepatitis víricas, tuberculosis y otras ITS del Ministerio de Sanidad | |
| b. Implementar acciones del plan autonómico / participar activamente en el desarrollo y/o actualización de los planes regionales | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios jóvenes, así como hábitos saludables, incluyendo el manejo de sustancias, junto a personas expertas de las comunidades | |
| d. Analizar el uso sexualizado de drogas / chemsex en el área y la respuesta local | |



J. Datos, ciencia e innovación sanitaria y comunitaria

| | |
|--|--|
| 1. Mapeo de PVH e ITS en el area | |
| a. Desarrollo de un posible mapa Fast Track Cities de la ciudad / región: 95/95/95/95 cero estigmas | |
| b. Acceso universal al tratamiento del VIH, hepatitis y otras ITS, así como a la cobertura sanitaria pública | |
| c. Promoción y acceso a la salud sexual en colectivos vulnerables: joven, LGTBQA+, mujer, migrante, personas con diversidades | |
| 2. Incluir la salud sexual como prioritaria en la gestión de la salud adolescente y joven, junto a otros fenómenos emergentes como el uso sexualizado de drogas, Chemsex y otros. | |
| a. Implementar estrategia nacional de la División de VIH, hepatitis víricas, tuberculosis y otras ITS del Ministerio de Sanidad | |
| b. Implementar acciones del plan autonómico correspondiente / participar activamente en el desarrollo y/o actualización de los planes regionales | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios jóvenes, así como hábitos saludables, incluyendo el manejo de sustancias, junto a personas expertas de las comunidades | |
| d. Analizar el uso sexualizado de drogas / chemsex en el área y la respuesta local | |
| e. Promocionar estudios relacionados para la mejora de la salud sexual: estudios de contacto, prevalencia de infecciones, etc.. | |



Technical Implementation Strategy

January 2016

(Updated April 2017)



Table of Contents

1. Background..... 3

1.1 About the Fast-Track Cities Initiative..... 3

1.2 Empowering Cities to Reach the Fast-Track Cities Targets 3

1.3 Enrollment of Cities in the Fast-Track Cities Initiative..... 4

1.4 Fast-Track Cities Leadership and Partnerships 5

1.5 Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy 6

2. Process and Oversight 7

2.1 Fast-Track City Meetings 7

2.2 Leadership Coordination 8

2.3 Reporting Plan 9

2.4 Global Fast-Track Cities Web Portal 9

2.5 Process Indicators 9

3. Program Interventions 10

3.1 Zero Discrimination and Stigma 12

3.2 Addressing Quality of Life 13

3.3 Technical Assistance on Optimizing the HIV Care Continuum 14

3.4 Capacity-Building Support 15

3.5 Other Priorities 15

4. Monitoring and Evaluation 15

4.1 Global Online M&E Tools..... 16

4.2 Global Fast-Track Cities Web Portal 16

4.3 City-Specific Dashboards 17

4.4 Definition/Metrics of Success 21

5. Communications Strategy 21

5.1 Marketing and Visibility..... 21

5.2 Information-Sharing 22

6. Resource Mobilization 22

7. How to Contact IAPAC 23



1. BACKGROUND

1.1. About the Fast-Track Cities Initiative

The [Fast-Track Cities initiative](#) is a global partnership between a network of high HIV burden cities, four core partners – the International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), the United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat), and the city of Paris – and local, national, regional, and international implementing and technical partners. The initiative’s aim is to build upon, strengthen, and leverage existing HIV programs and resources to accelerate locally coordinated, city-wide responses to end AIDS as a public health threat by 2030.

The initiative was launched on World AIDS Day 2014, in Paris. Mayors, city government officials, and city health officials gathered in Paris and 26 high HIV burden cities first signed the *Paris Declaration on Fast-Track Cities (Paris Declaration)*. As of April 2017, more than 65 priority high HIV burden cities around the world have signed the *Paris Declaration*, pledging to attain the following targets by 2020:

- 90% of people living with HIV (PLHIV) knowing their HIV status
- 90% of people who know their HIV-positive status on HIV treatment
- 90% of PLHIV on HIV treatment with suppressed viral loads
- Zero stigma and discrimination

Technical implementation of the initiative is framed around a five-point strategy that includes:

- 1) Process and Oversight
- 2) Program Interventions
- 3) Monitoring and Evaluation (M&E)
- 4) Communications
- 5) Resource Mobilization

As the initiative’s technical partner, IAPAC supports Fast-Track Cities with HIV care continuum optimization through: 1) delivering technical assistance to local health departments; 2) facilitating consensus-building and coordination among key local stakeholders; and 3) providing capacity-building support for clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities.

1.2. Empowering Cities to Reach the Fast-Track City Targets

Attaining the 90-90-90 targets is grounded in HIV care continuum optimization. Additional focus must be given to mitigate discrimination and stigma, and to create an enabling environment for getting more PLHIV tested, linked to care, initiated on ART, and virally suppressed.

Under local leadership, Fast-Track Cities are uniquely positioned to develop locally designed and led strategies for continuum optimization that respond directly to the needs of vulnerable and key populations within the urban context. Through the concerted efforts of Mayors, city governments, affected communities, local health departments, clinical and service providers, and other relevant stakeholders, the initiative works to overcome the barriers that impede efforts to scale up access to and



utilization of HIV prevention, testing, care, treatment, and support services for people at risk for and those living with HIV in a rights-based and equitable manner.

1.3. Enrollment of Cities in the Fast-Track Cities initiative

Fast-Track Cities reflect geographic distribution across a range of very high-, high-, medium-, and low-income countries in the global North and South. Cities are recruited based on the following criteria:

- **HIV burden** – based on prevalence and the proportion the city accounts for of national HIV burden
- **Political support** – based on potential for advocacy and leadership at the mayoral level
- **Strong technical team** – based on ability to support day-to-day implementation at city level
- **Pioneering Cities** – based on leadership as a trend-setting city to model the AIDS response

Keeping the above in mind, all cities that express an interest in accelerating their local AIDS responses can sign the *Paris Declaration*, committing as a Fast-Track City. The Fast-Track Cities implementation strategy includes remote support for cities that may be lower on the overall initiative’s priority continuum.

At a minimum, all Fast-Track Cities receive a basic IAPAC technical support package that includes:

- ② **Access to the Global Fast-Track Cities Web Portal**, which includes global tools, resources, and implementation strategy templates; and can be leveraged to share lessons learned and best practices across cities.
- ② **Remote technical support** on demand, including the provision of technical briefs and participation in teleconferences and other virtual support to share best practices employed by and key lessons learned from Fast-Track Cities.

All priority Fast-Track Cities receive a **city-specific dashboard** that features visual representations of progress made against the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. City-specific dashboards can be accessed via the Global Fast-Track Cities Web Portal (described in section 4 on M & E). Depending on a city’s needs/interest and the availability of resources, some cities are provided more in-depth onsite technical and capacity-building support, including the option of developing a “deep dive” city-specific dashboard on the Global Fast-Track Cities Web Portal which can facilitate real-time M&E. Using the [IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum](#) (2015) as its primary guidance, IAPAC can further provide capacity-building support for select cities through webinars, teleconferences, and on-site consultations for clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities. IAPAC and its partners also can facilitate city-to-city technical collaboration on a requested basis through twinning agreements between cities, often with similar jurisdictional structures, technical resources, and/or similar HIV-related social or political issues.

Visit www.iapac.org/cities for a list of current priority Fast-Track Cities, which is updated each time a new city’s Mayor signs the *Paris Declaration*.



1.4. Fast-Track Cities Leadership and Partnerships

The initiative and related efforts are led by cities and local stakeholders with support from the initiative's four core partners: IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris (which hosted the initiative's launch and was the first city to sign the *Paris Declaration*).



IAPAC represents more than 27,000 clinicians and allied healthcare professionals in over 150 countries. Its mission is to improve the quality of HIV prevention, care, treatment, and support services provided to men, women, and children affected by and living with HIV and comorbid conditions such as tuberculosis (TB) and viral hepatitis through advocacy, education, capacity-building, research, and technical assistance activities. IAPAC's broad global portfolio of activities is spearheaded by an international staff comprised of clinicians, public health specialists, quantitative and qualitative research specialists, and experts in the field of continuing medical education.

As the initiative's technical partner, IAPAC provides technical assistance to health departments; engages in capacity-building efforts with clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities; and provides opportunities for cross-collaboration and sharing of best practices, such as convening city-wide consultations and organizing inter-city twinning arrangements, including among Sister Cities. An IAPAC clinician-member serves as a technical focal point in each Fast-Track City.



Paris, the capital of the French Republic, has been committed to the AIDS response for more than 30 years through its partnerships with associations, doctors, hospitals, and political leaders. Paris also provides €2 million each year in funding for international assistance for HIV, particularly in sub-Saharan Africa.



UNAIDS provides advocacy leadership regarding its vision of zero new HIV infections, zero discrimination, and zero AIDS-related deaths. UNAIDS unites the efforts of 11 UN organizations – United Nations High Commission for Human Rights (UNHCR), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Food Program (WFP), United Nations Development Program (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), UN Women, International Labor Organization (ILO), United Nations Education, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO), World Health Organization (WHO), and the World Bank.



UN-Habitat is the United Nations agency working on sustainable urban development with the mandate of promoting adequate housing and improved livelihoods in urban settings by harnessing the opportunities that urbanization offers. UN-Habitat's priorities are focused on urban governance, economies, legislation, planning, risk reduction, and research. Among its city-specific initiatives are the City Prosperity Initiative, City Resilience Profiling Initiative, and Cities and Climate Change Initiative.



Other implementing and technical partners:

The initiative’s core partners work in concert with other implementing and technical partners that reflect a strategic combination of experience, expertise, influence, and reach to assist with the coordination, implementation, and evaluation. These additional partners from both the global North and South include representatives from:

- Academic institutions
- Civil society organizations
- Corporate sector entities
- Financing institutions
- Human rights organizations
- Implementing agencies
- Professional associations
- Research institutions
- UNAIDS cosponsors
- International and national donors (e.g., PEPFAR)

1.5. Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy

The diagram below illustrates the elements of the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy.



Figure 1: Five Elements of the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy



2. PROCESS AND OVERSIGHT

2.1. Fast-Track City Meetings

Cities may choose to host meetings to convene local stakeholders to draft and implement city-specific implementation plans for a coordinated citywide response to attain the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. In select cases, IAPAC and partners offer cities direct assistance in implementation planning. In other cities, IAPAC and partners provide virtual support for meeting and consultative processes. Alternatively, for cities that already have city-wide consultative processes in place, IAPAC works to support the integration of the initiative into existing agenda to accelerate local AIDS responses.

Following are the types of meetings cities may host, including: 1) steering group planning meeting; 2) city consultation meeting; and 3) working group/post-consultation follow-up meeting.

| STEERING GROUP PLANNING MEETING | |
|--|---|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: Steering group planning meetings bring together a group of core stakeholders responsible for leading the city’s AIDS response to dialogue around and plan for a city-wide consultation meeting.</p> <p>Participants: The steering group consists of 5-10 stakeholders including the Mayor (or her/his representative), an IAPAC clinician KOL, the city/local health department director or city HIV/AIDS coordinator, non-governmental organization (NGO) leadership, and a person living with HIV. Cities may choose to include other relevant key stakeholders such as donors and sponsors.</p> <p>Format: Keynotes, presentations, facilitated discussion</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduce members of steering group and define roles ▪ Define the city’s current AIDS response and epidemiology ▪ Understand the different components of the initiative ▪ Plan the city-wide consultation, including logistics such as agenda, venue, date, and list of participants |

| CITY CONSULTATION MEETING | |
|--|---|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: City consultation meetings bring together stakeholders throughout the city to forge a coordinated AIDS response. Consultation meetings are co-hosted by the Mayor’s office in partnership with IAPAC and other initiative’s core partners, and co-chaired by the Mayor (or her/his designee), an IAPAC clinician KOL, and a person living with HIV.</p> <p>Participants: Participants include civil society representatives, elected officials and health officials, healthcare providers, and other relevant private and public sector stakeholders.</p> <p>Format: Keynotes, plenary sessions, interactive thematic breakout sessions</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Develop consensus among stakeholders around 90-90-90 targets ▪ Establish epidemiology, clinical and public policies, financing baselines ▪ Strategize for a coordinated response and draft the city’s implementation plan around the initiative’s five implementation elements: <p>1) Process and Oversight: Identify a Process and Oversight plan to facilitate a coordinated response.</p> |



| | |
|--|--|
| | <p>2) Monitoring and Evaluation: Develop consensus on indicators to measure local progress and set targets and timelines. Preview the city-specific dashboard mechanism as an M&E and communications tool.</p> <p>3) Program Interventions: Discuss potential evidence-based interventions to address gaps across the HIV care continuum and define technical assistance and capacity-building needs for HIV care continuum optimization.</p> <p>4) Communications: Develop a communications plan to inform and actively engage communities and stakeholders in initiative activities.</p> <p>5) Resource Mobilization: Develop a plan for financing initiative activities, including resource mobilization and achieving efficiencies in the use of existing funding.</p> |
|--|--|

| WORKING GROUP/POST-CONSULTATION MEETING | |
|--|--|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: Working group and post-consultation meetings allow for follow up on action items and deliverables agreed upon during the city consultation meeting, as well as inform revision of the city’s implementation plan, as needed.</p> <p>Participants: Participants form working groups divided thematically by implementation point or by stakeholder category (i.e., government, community, clinical and service provider, health department official, etc.).</p> <p>Format: Working group and post-consultation meetings take place regularly, such as monthly or quarterly, and involve facilitated discussions. Working groups are led by a member of the steering committee.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Re-visit the city’s implementation plan and update based on accomplishments and gaps ▪ Address barriers for initiative targets that were not reached ▪ Revise city’s implementation plan, as needed, with new targets and timelines ▪ Draft quarterly city report on initiative progress, including data related to the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets |

2.2. Leadership Coordination

At a global level, monthly teleconferences and in-person meetings as needed are scheduled between the initiative’s core partners – IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris – to assess overall initiative progress, review Fast-Track City reports, and prepare the annual Global Fast-Track Cities Report.



2.3. Reporting Plan

Fast-Track Cities will be asked to report HIV care continuum and other M&E data (in line with a standardized methodology defined in the 2015 *IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum*), updated services, new resources and reports, and other areas or progress every six months, at a minimum. IAPAC produces quarterly internal reports detailing cities signed on, key lessons learned, progress made, and other issues gleaned from Fast-Track City reports. IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris will coordinate efforts to consolidate all Fast-Track City reports to annually produce a Global Fast-Track Cities Report. Aside from tracking progress, these reports will also highlight successes, identify technical areas needing more support, and serve to exchange information regarding progress and challenges.

2.4. Global Fast-Track Cities Web Portal

Fast-Track Cities have access to the Global Fast-Track Cities Web Portal (www.fast-trackcities.org), which is also open to the wider Internet community to promote data-driven accountability and transparency. The web portal has two major components – one focuses on the global initiative and the other provides a dashboard for each individual city. The cities are mapped on the Global Fast-Track Cities Web Portal’s landing page, which facilitates seamless integration into the larger effort and communications and information-sharing among cities. In selected cities, community members actively contribute to M&E efforts through online real-time data crowdsourcing, including feedback forms. The Global Fast-Track Cities Web Portal and the city-specific dashboards are further described in section 4 on M & E.

2.5. Process Indicators

Process indicators serves as a recommended checklist for cities to track concrete efforts toward achieving 90-90-90 and zero discrimination and stigma certification.

| City’s Process Checklist – Year 1 |
|---|
| ▪ Mayor signed <i>Paris Declaration</i> |
| ▪ City steering group identified |
| ▪ Creation of city’s epidemiologic profile |
| ▪ City-specific dashboard on Global Fast-Track Cities Web Portal |
| ▪ First consultation takes place |
| ▪ City implementation plan developed |
| ▪ Working groups developed |
| ▪ First meeting for all working groups complete |
| ▪ First annual report submitted |
| City’s Target Attainment – Years 2-5 |
| ▪ 90-90-90 and zero discrimination and stigma achieved |
| ▪ Achievement of other metrics of success using indicators such as, AIDS cases per 1,000 PLHIV; AIDS deaths per 1,000 PLHIV; estimated number of new HIV infections (in general and key populations); median CD4 of newly diagnosed cases; and estimated number of maternal to child transmissions of HIV |



3. PROGRAM INTERVENTIONS

The initiative builds upon, strengthens, and leverages existing HIV programs and interventions to reach Fast-Track City targets. Efforts are focused around HIV care continuum optimization and mitigation of stigma and discrimination to create enabling environments for continuum optimization.

The initiative helps Fast-Track Cities to marshal existing HIV programs which, in most cities around the world, are part of current primary care delivery systems. Where there are standalone HIV programs, the initiative helps cities to better integrate these programs into primary care delivery systems as it facilitates the roll out and scale up of comprehensive, integrated HIV testing, prevention, treatment, and support services.

By design, and with its focus on achieving the 90-90-90 targets, this initiative also drives improvements within each city's health system, addressing issues such as human resources development, health financing, facility planning, commodities supply, rational prescription, and quality assurance. The goal is to assist Fast-Track Cities to implement interventions to achieve the following stages toward the initiative's success:

Stage 1: Signing the *Paris Declaration* and committing to the following:

- Fast-Track Cities agree to support a **“technical handshake”** to allow for an exchange of technical information as well as epidemiologic, program, and other relevant data.
- Fast-Track Cities agree to keep an **open line of communication** with IAPAC regarding their progress, challenges, and opportunities to further accelerate their urban AIDS responses.
- Fast-Track Cities are expected to convene a steering group to focus on developing and building consensus around metrics for success and a **city implementation plan to achieve the initiative's objectives and targets**. Cities may also convene consultations bringing together city-wide stakeholders.
- Fast-Track Cities will **report on their progress** semi-annually.

Stage 2: Achieving 90-90-90 targets and mitigating discrimination and stigma by 2020

Stage 3: Ending AIDS as a public health threat by 2030 (proposed)

Stage 4: Achieving HIV epidemic control by 2030 or shortly thereafter (proposed)

Interventions to be strengthened and plans for scaling up are identified during city-wide consultations. Additionally, partners and donors assist in identifying existing interventions through their own networks and other projects.

The diagram below illustrates the HIV care continuum that is necessary to attain the 90-90-90 targets and, ultimately, HIV epidemic control. Program interventions are needed to focus on attaining the three 90's – HIV diagnosis, being on ART, and viral suppression. Linkage to and retention in care, like other program support efforts, are also important and serve the goal of keeping PLHIV engaged in care and non-infectious through viral suppression. These program interventions and support programs must be grounded in a



human rights-based approach to continuing quality improvement that places the needs of affected communities at the center of local AIDS responses. Interventions and programs are therefore needed to mitigate discrimination and stigma, but also to create an enabling environment by eliminating legal, social, and other barriers that inhibit access to and utilization of HIV prevention, testing, care, and treatment services, thereby addressing the individual's holistic quality of life.

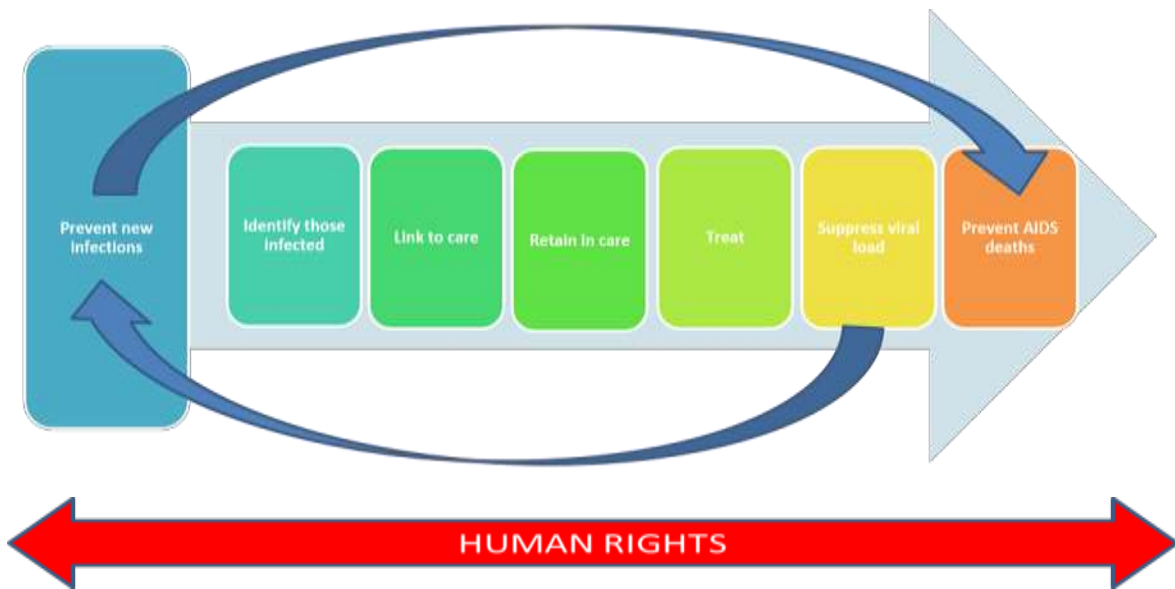


Figure 2. HIV Care and Prevention Continuum Guiding the Initiative's Efforts

Continuum optimization efforts are focused in geographic regions with high HIV burden. Optimizing the care continuum encompasses everyone living with HIV. People living with HIV come from all walks of life depending on the setting and how HIV is transmitted and include men who have sex with men (MSM), transgender people, women, girls, sex workers, people who inject drugs (PWID), and migrant populations among others.

The success of the initiative's programmatic intervention will be dependent upon:

- **Political commitment** to attain the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. This includes advocacy from Mayor's and other political stakeholders, alignment of accelerated city AIDS responses with national policies/goals through city-level advocacy, data transparency in reporting progress toward attaining the initiative's targets, and accountability for translation from policy to real-world practice.
- **Community mobilization and engagement** of PLHIV in community-level advocacy and decision-making, stigma and discrimination mitigation to create enabling environments, and a mechanism for affected communities to hold local stakeholders accountable.
- **Technical assistance** to local health departments on data generation, analysis, and reporting that will facilitate robust M&E as HIV care continuum optimization interventions are implemented. This includes technical briefings, onsite technical support, and "learning collaboratives" for local health departments to share best practices and lessons learned.



- **Capacity-building support** to clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities to facilitate HIV care continuum optimization.

The diagram below illustrates some of the program intervention points at which focused interventions can contribute to the overall initiative objectives. While many of these interventions are already in progress in many Fast-Track Cities, the initiative provides a framework to harness existing interventions and to expand upon others to attaining the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets.

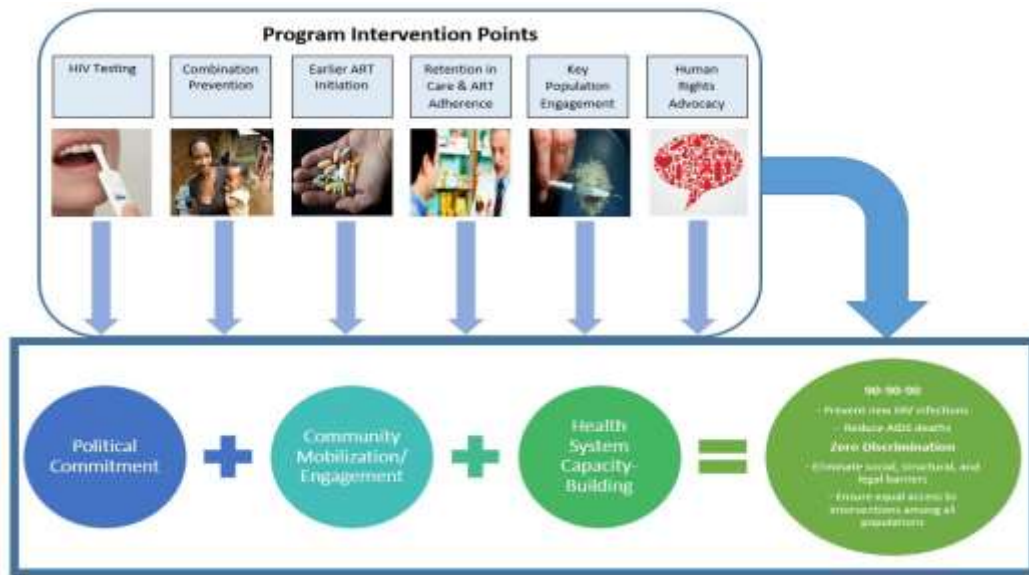


Figure 3. Initiative-Wide Program Intervention Points to Attain 90-90-90 and Zero Discrimination Targets

The primary focus of the initiative is to ensure that the 90-90-90 targets are attained in Fast-Track Cities. The scale up of access to earlier ART (preferably WHO recommended “test and treat”) directly contributes to HIV prevention efforts through its effect on reducing HIV transmission. In line with the *IAPAC Guidelines on Optimizing the HIV Care Continuum* (2015) and other global guidance, the FTC supports innovative interventions that aid in early diagnosis and treatment initiation. In 2016, IAPAC, jointly with the African Society for Laboratory Medicine (ASLM), released *Recommendations for the Rapid Expansion of HIV Self-Testing in Fast-Track Cities*, in effort to address the first 90 target.

In addition to its focus on early HIV diagnosis and treatment, the initiative also supports other prevention interventions that are critical to end AIDS as a public health threat and to achieve HIV epidemic control. These other prevention interventions include condoms, voluntary medical male circumcision (where appropriate), harm reduction (e.g., needle and syringe exchange, opioid substitution), post-exposure prophylaxis (PEP), pre-exposure prophylaxis (PrEP).

3.1 Zero Discrimination and Stigma

Stigma mitigation is critical to HIV care continuum optimization and to ensuring optimal quality of life for PLHIV. Established negative consequences of stigma for PLHIV are many: negative self-image, feelings of shame or guilt, and depression; reluctance to disclose HIV status to others, including sexual partners,



resulting in social isolation and increased likelihood of unsafe sexual activity; decreased access to and retention in care; and suboptimal ART adherence. The initiative aims to overcome human rights barriers such as discrimination and stigma, which inhibit access to and utilization of HIV prevention, care, treatment, and support services. Following are some interventions Fast-Track Cities are assisted to implement to mitigate discrimination and stigma:

- A human-rights web-based training and certification program trains clinical providers to prioritize human rights, engage in compassionate, non-stigmatizing communication with their patients, and commit to measurable stigma reduction efforts in their health facilities.
- Tools and guidance for stigma and discrimination mitigation in healthcare facilities, including a self-assessment checklist and action plan to gauge and address human rights gaps in healthcare settings.
- Improved community-wide HIV literacy and increased community advocacy.

3.2. Addressing Quality of Life

The 90-90-90 targets that Fast-Track Cities are committed to attain by 2020 are an important step toward achieving the Sustainable Development Goal of ending AIDS as a public health threat by 2030. However, given the longevity achievable with current HIV treatment and prevention strategies, the initiative always aimed to extend beyond optimizing the HIV care continuum by focusing on the larger determinants of quality of life for PLHIV. IAPAC is working with key partners and Fast-Track Cities on efforts to measure and monitor quality of life across multiple domains addressing social, economic, and legal barriers to optimal quality of life via community-wide surveys across the Fast-Track Cities network. Indicators include:

- Proportion of PLHIV reporting their health is “good”/“excellent” (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports mental health was “not good” (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports life activity limitations caused by HIV (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports life activity limitations caused by alcohol/substance use (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports lack of sufficient food to meet nutritional needs (past 30 days)
- Proportion of PLHIV satisfied with quality of HIV care/treatment services accessed (past six months)
- Proportion of PLHIV satisfied with the quality of primary care services accessed (past 12 months)
- Proportion of PLHIV concerned about disclosing HIV status to family members, partners, or friends (past 12 months)
- Proportion of PLHIV reporting reduced ability to establish/maintain relationships/friendships (past 12 months)
- Proportion of PLHIV concerned about risk of losing employment by disclosing their HIV status (past 12 months)
- Proportion of PLHIV reporting experienced discrimination/stigma in their community (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting experienced discrimination/stigma in their healthcare setting(s) (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting unstable housing (past six months)
- Proportion of PLHIV reporting sense of economic insecurity (past 12 months)



- Proportion of PLHIV reporting adequate access to education and employment opportunities (past 12 months)
- Proportion of migrant/displaced PLHIV reporting refusal of HIV services (past 30 days)
- Proportion of migrant/displaced PLHIV reporting refusal of primary care services (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting incident of sexual or intimate partner violence (past 90 days)
- Proportion of PLHIV satisfied with quality of life in their community (past six and 12 months)
- Proportion of PLHIV satisfied with their own quality of life (past six and 12 months)

3.3. Technical Assistance on Optimizing the HIV Care Continuum

Measuring the HIV care continuum from diagnosis to viral suppression is critical to evaluating the success of local AIDS responses. IAPAC's four-stage HIV care continuum and a standardized approach to measure across at least four indicators – proportion of PLHIV who have received their diagnosis, are linkage to care, are initiated on ART, and achieve viral suppression – underpins the initiative's M&E plan. IAPAC's technical assistance to local health departments assists them in using metrics that are practical, feasible, and as simple as possible to enable accurate monitoring of the HIV care continuum. Comprehensive and transparent reporting of HIV care continuum data is imperative for internal decision-making at local government-level, for external comparison with other Fast-Track Cities, and, ultimately, to remain accountable to Fast-Track Cities' stakeholders, particularly affected communities.

In most Fast-Track Cities, the provision of technical assistance to optimize the measurement and monitoring of the HIV care continuum is required through strategic engagement with local health departments. Each city's jurisdictional structure as well as current data generation, analysis, and reporting capacities/needs will dictate the intensity and level of technical assistance that IAPAC will provide to local health departments. IAPAC will support Fast-Track Cities with technical assistance that includes a locally relevant combination of the following interventions:

- 1) **Technical briefing webinars** – expert guidance on generating and/or populating local health department databases from a variety of sources; analyzing data to facilitate data-driven programmatic decision-making; and producing baseline and subsequent reports on continuity of care and service delivery across the HIV care continuum.
- 2) **Learning collaborative** – facilitates ongoing dialogue with and between local health departments about the application of evidence-based strategies for improving the quality and utilization of data to make program-level decisions about HIV care continuum optimization. Available via a secure connection to the Global Fast-Track Cities Web Portal (described below), the virtual platform will serve as the central mechanism for local health departments to discuss, share, and collaborate with IAPAC and with each other on data-related best practices and issues.
- 3) **Onsite technical support** – available for local health departments requiring more intense assistance with data generation, analysis, and reporting. IAPAC data teams will liaise with local health department officials during visits to select Fast-Track Cities to assist them with the implementation of the initiative's HIV care continuum measurement and monitoring methodologies; as well as support the development of city-specific 90-90-90 implementation plans. The onsite technical support will be delivered by IAPAC data teams comprised of national and international experts in data systems, health service delivery and outcomes measurement, and health financing and policy.



- 4) **Technical stakeholder meetings** – convenes key stakeholders throughout a Fast-Track City and other relevant jurisdictions (i.e., counties, states, provinces) to review HIV care continuum baseline data and the existing local AIDS response within the context of HIV care continuum optimization; map needs for ongoing data generation, analysis, and reporting; and lay the foundation for the development of city implementation plans. These meetings will also provide key stakeholders training on the use of the Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (described below) as M&E and advocacy/communications tools.

3.4. Capacity-Building Support

IAPAC provides educational training to strengthen clinician capacity to optimize the HIV care continuum and deliver quality HIV prevention, care, treatment, and support services in Fast-Track Cities. Healthcare providers in Fast-Track Cities have access to an online case-study based activity focused on three HIV care continuum optimization priorities: 1) increasing HIV testing coverage and diagnosis; 2) increasing linkage to care and HIV treatment coverage; and 3) increasing engagement and retention in HIV care, ART adherence, and viral suppression. The content for these educational activities primarily reflects the *IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents* (2015), supplemented by national, regional, and/or international normative guidance.

Select regions have dedicated IAPAC capacity-building hubs that conduct in-person trainings in health facilities with high patient caseloads. The hubs' capacity-building activities also include web-based communities of learning and the provision of management aides that leverage IAPAC's existing resources, as well as IAPAC's strategic partnerships with clinician KOLs and national and regional medical and nursing/midwifery associations to amplify the hubs' impact in Fast-Track Cities.

3.5. Other Health Priorities

Fast-Track Cities are encouraged to leverage knowledge, infrastructure, human and other resources to improve overall health outcomes. In line with this approach, IAPAC is working with implementing and technical partners to expand the reach of technical interventions beyond HIV, to address comorbidities associated with HIV (e.g., hepatitis B and C, TB) as well as non-communicable diseases (e.g., cancers, cardiovascular disease, diabetes). In 2017, IAPAC and its partners are working with Fast-Track Cities to facilitate integrated responses in alignment with the health-related Sustainable Development Goals.

4. MONITORING AND EVALUATION

The Fast-Track Cities initiative has a robust M&E component to benchmark, follow, and report progress toward attaining the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. When joining the initiative, Fast-Track Cities agree to support a "technical handshake" that allows an exchange of technical information as well as epidemiologic, program, and other relevant data.

The following HIV-specific indicators are used to benchmark and follow progress toward achieving the initiative's targets. Data from multiple years and trends is preferable; any available disaggregation of data, such as by key population, age, gender, or disease condition (e.g., TB) is also helpful. Census tract or other geographic stratification to aid in mapping efforts on the Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (described below) will also be used.



| Indicators |
|--|
| City's population |
| Estimated number and proportion of PLHIV |
| Number and proportion of PLHIV who are diagnosed as HIV positive |
| Number and proportion of PLHIV on ART |
| Number and proportion of PLHIV on ART who are virally suppressed |
| Number of AIDS cases |
| Number of AIDS-related deaths |
| Number of new HIV infections |
| Number and proportion of estimated HIV transmission from mother to child |

For some Fast-Track Cities much of these data are readily available, however some data will be missing and/or the data may be difficult to obtain. In this case, IAPAC provides technical assistance to aid cities in data generation, analysis, and reporting, through a combination of technical briefings, onsite support, and “learning collaboratives.” Additionally, Fast-Track Cities are at liberty to integrate additional locally relevant indicators, including those related to other interventions such as HIV testing, TB treatment, harm reduction, PEP, or PrEP. As mentioned in section 2.3, cities will be asked to report key indicators on a semi-annual basis (at minimum), with a strong recommendation for internal reporting quarterly to more closely track progress toward local attainment of the initiative’s targets.

4.1. Global Online M&E Tools

Jointly developed by IAPAC and Dure Technologies, a Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (www.fast-trackcities.org) delivers to Fast-Track City stakeholders and to the international public health community a comprehensive, web-based, real-time M&E platform, providing data-based reporting of progress against the initiative’s targets.

4.2. Global Fast-Track Cities Web Portal

The Global Fast-Track Cities Web Portal’s landing page includes political messages from participating Mayors and other city leadership, a map of all Fast-Track Cities, basic counters and graphs depicting progress toward the initiative’s targets, and links to the core partners and key resources. As the overall initiative’s landing page, it allows for navigation to city-specific dashboards (described below) and facilitates information-sharing and contact between participating Fast-Track Cities.



Figure 4. Global Fast-Track Cities Web Portal Landing Page into which City-Specific Dashboards Plug In

4.3. City-Specific Dashboards

Each Fast-Track City receives a city-specific dashboard that plugs into the Global Fast-Track Cities Web Portal. The dashboard's purpose is for local stakeholders, notably members of affected communities, to monitor and provide feedback on the initiative's progress in their cities.

The dashboard serves as a tool to track basic indicators (listed above) measuring progress toward achieving the 90-90-90 and discrimination and stigma targets, as well as any other health-related targets a city may wish to map. Moreover, the dashboard allows Fast-Track Cities to monitor the progress made and strategies deployed in other cities and to directly link with each other via standard communications links to share best practices and key lessons learned through HIV care continuum optimization efforts.

Each dashboard includes a Mayor's message and photo, visualizations of local HIV care continuum data, mapping of local HIV services (e.g., condom distribution, testing, healthcare facilities), and links to use ful local, national, regional, and international resources (e.g., guidelines, tools). The dashboards are available in the city's official/native language(s) as well as in English to facilitate a sense of global accountability.



Figure 5. Kyiv City-Specific Dashboard Landing Page Visualizing Data and Mapping Services

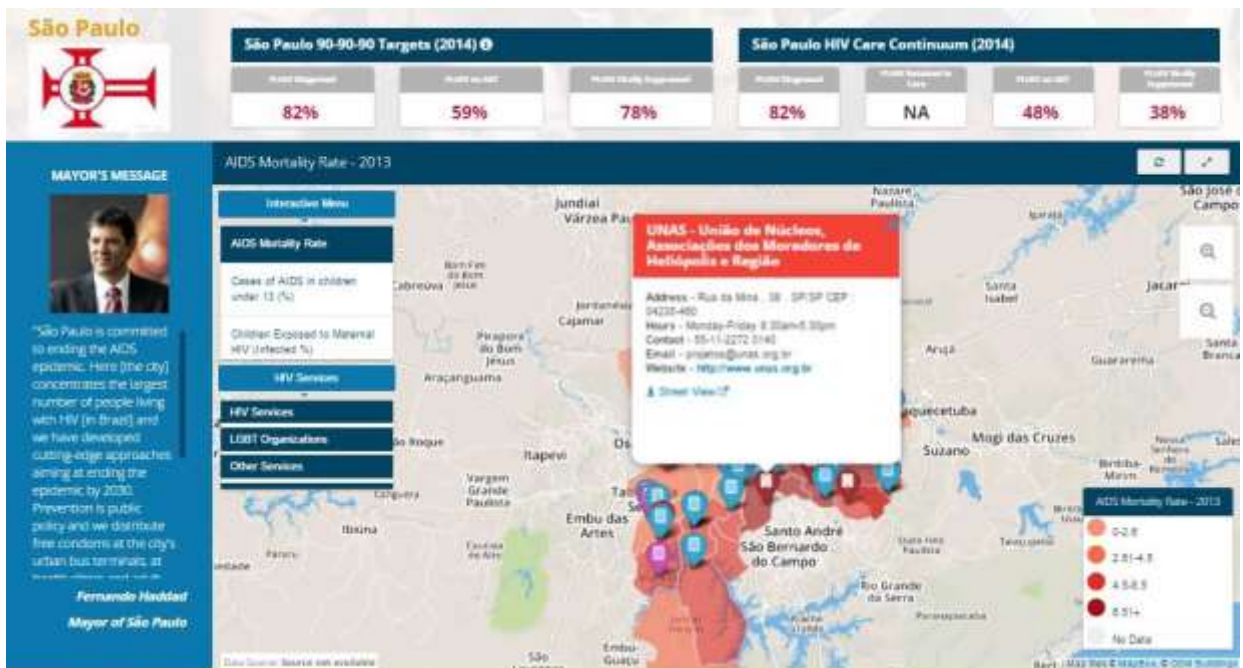


Figure 6. São Paulo City-Specific Dashboard Landing Page Visualizing Data and Mapping Services

Victoria

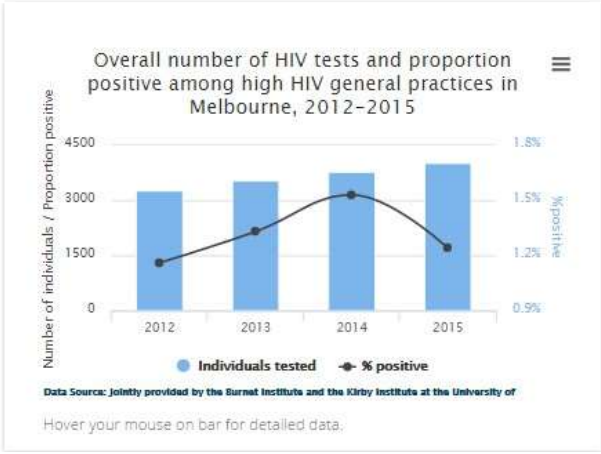
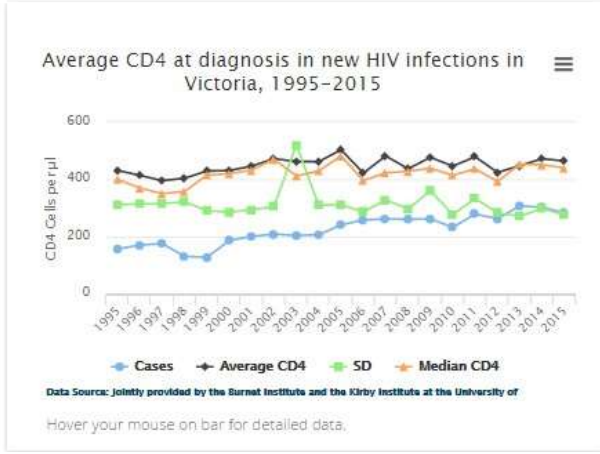
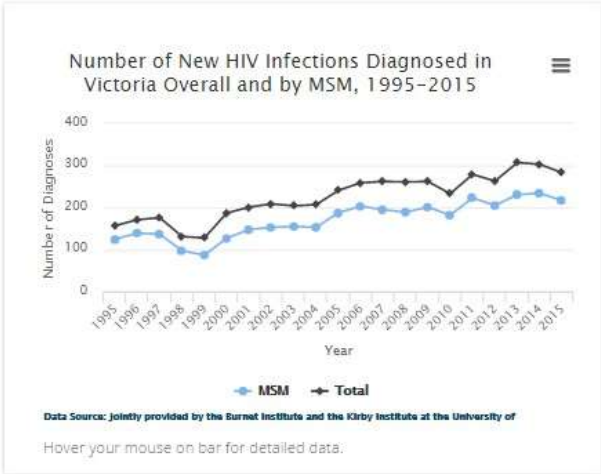
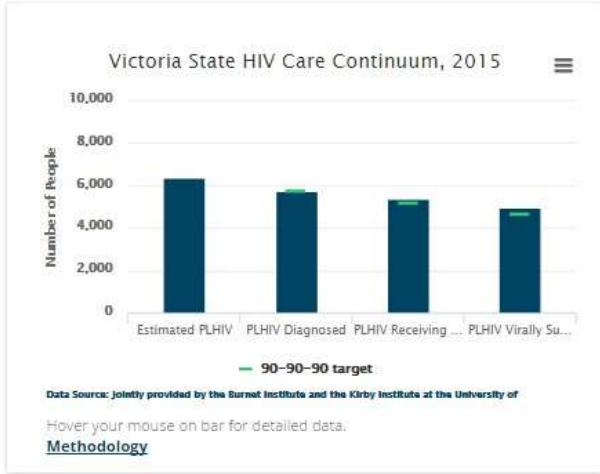


Figure 7. State of Victoria (Melbourne) City-Specific Dashboard Visualizing HIV Care Continuum and other Data

The software platform also has the capacity to crowd-source data in real time, including push messaging via SMS and other modalities, through an iMonitor function. Data that can be mapped in real time include commodities stock-outs, outstanding or poor service, discriminatory or stigmatizing events, and GPS tracking of mobile services.

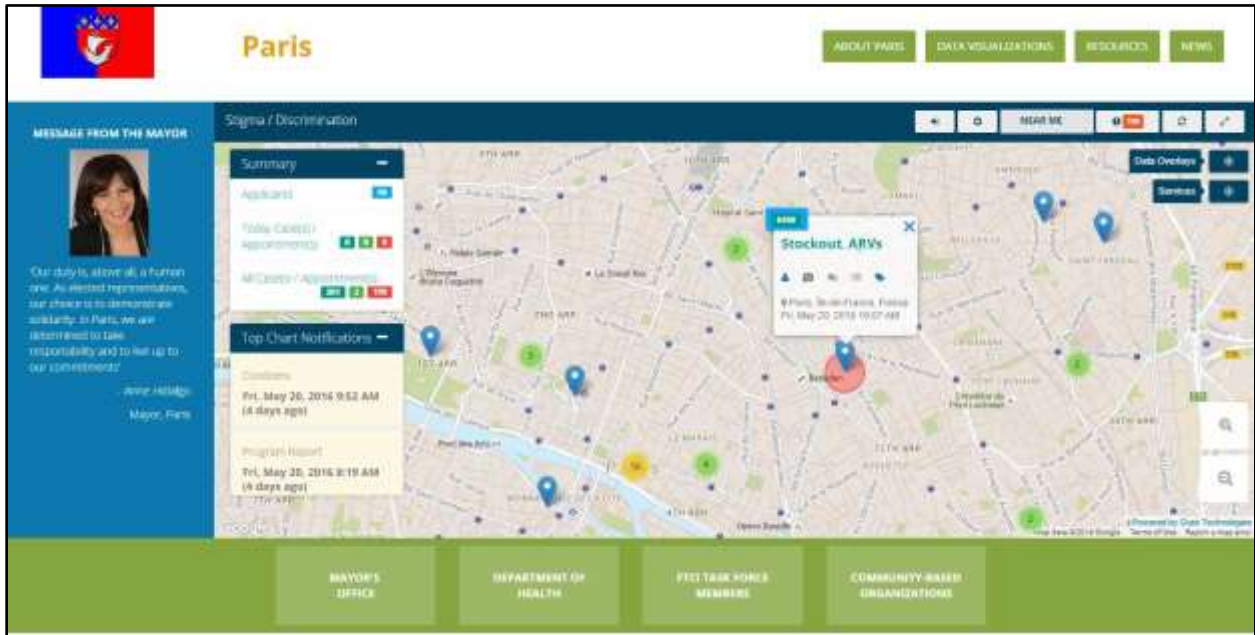


Figure 8. Paris City-Specific Dashboard with iMonitor Function to Report Stock-Outs, Discriminatory Events, etc.

Additionally, in support of the Sustainable Development Goals, the dashboard will facilitate mapping of social determinants of health data, including poverty, education, food security, and other indicators.

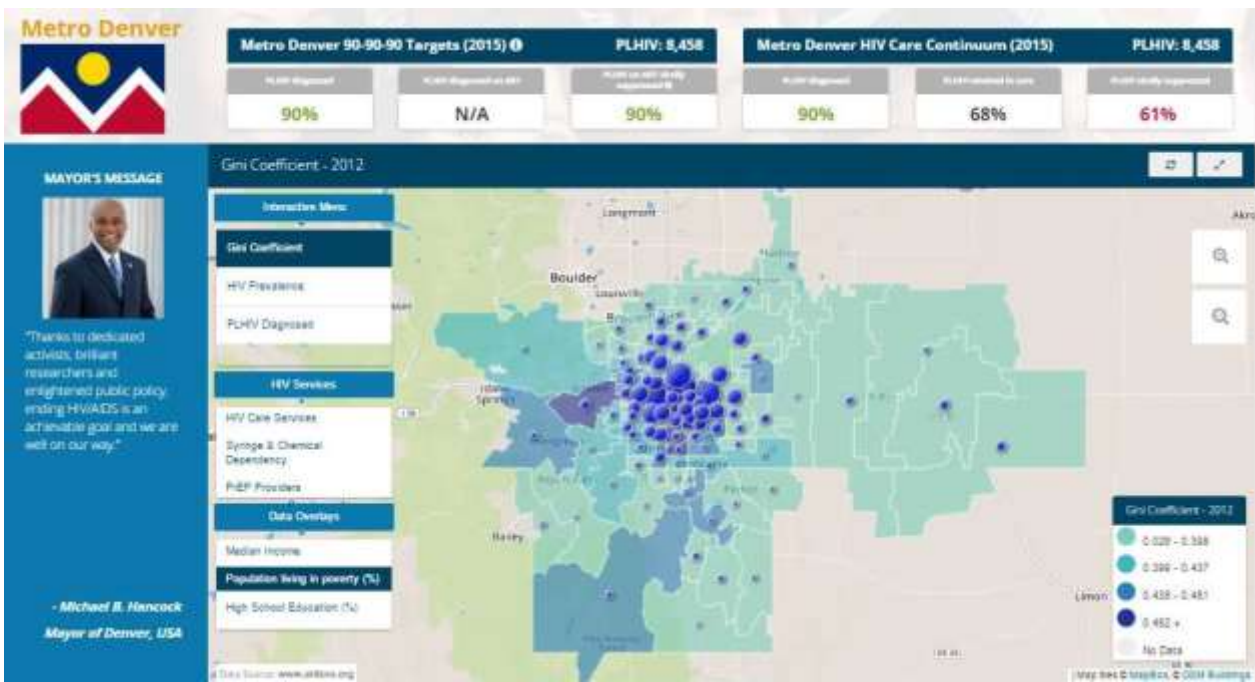


Figure 9. Denver City-Specific Dashboard Visualizing Income Data within the context of HIV Data



4.4. Definition/Metrics of Success

As part of the collaboration and consultative process, each Fast-Track City is encouraged to define and adopt metrics for success. While the initiative encourages flexibility, Fast-Track Cities must work within a 90-90-90 and zero discrimination and stigma framework that feeds into a certification process for progress in achieving the initiative's targets. Following is a proposed framework to serve as a starting point for discussions and consensus-building among Fast-Track City stakeholders and the larger initiative core, implementing, and technical partners group.

- **Stage 1: Sign the *Paris Declaration***
- **Stage 2: Achieve 90-90-90 by 2020 and mitigate discrimination and stigma.**

Cities may define success through other indicators such as:

- <5 cases of AIDS per 1,000 PLHIV
 - <5% transmission maternal to child transmission
- **Stage 3: End AIDS as a public health threat by 2030:**
 - Ending AIDS deaths (<5 AIDS-related death per 1,000 PLHIV)
 - Demonstrated impact on mitigating discrimination and stigma
 - **Stage 4: Urban HIV epidemic control (proposed)**
 - Achieving HIV epidemic control (new HIV infections fall below AIDS-related deaths)

5. COMMUNICATIONS STRATEGY

5.1. Marketing and Visibility

The initiative's success in maintaining forward momentum depends upon increasing the visibility of the initiative's progress and actively marketing this progress to Mayors, local health department officials, clinical and service providers, affected communities, and other key stakeholders to secure and maintain their engagement and support. The initiative provides supporting materials for the Mayor's team and others:

- Template press releases and media advisories
- Agenda's for Mayoral visits to key clinics
- Option to host Mayoral signing ceremony
- Template presentations for cities leadership
- Sample quarterly reports and newsletter articles
- Sample email blast to supporters and LISTSERV
- Sample Mayor's blogs and tweets
- Sample Facebook material



5.2. Information-Sharing

In addition to quarterly and annual reports, the initiative's progress, lessons learned, best practices, and data are shared among core, implementing, and technical partners and stakeholders through:

- Scientific conferences and peer-reviewed journals
- Regional cities-specific or -related conferences such as Mayor's conferences
- Side events and satellite meetings at international conferences such as IAPAC, Union TB meetings, national and international Mayor's meetings, and International AIDS Society conferences
- UN and UN agency consultation meetings, including UN General Assembly meetings
- Other relevant opportunities, as identified

6. RESOURCE MOBILIZATION

Most cities have a good sense for the local resources that are available to confront HIV. However, some Fast-Track Cities will need to inventory already available resources to better understand what is available and how they are being applied to reach the initiative's targets. Focusing on attaining the initiative's objectives should help cities and stakeholders to both focus and improve the efficient use of current local HIV funding. Focus and improving efficiency may also liberate additional resources to allocate towards optimizing the HIV care continuum to reach the 90-90-90 targets. In addition, although joining the Fast-Track Cities network does not garner direct financial support for Fast-Track Cities, IAPAC and its partners will support city-led efforts to mobilize resources from a variety of sources (e.g., international donors, foundations, local and international private corporate sector, etc.). On request, the initiative's core partners can provide technical support for resource mobilization efforts including:

- **Guidance for maximizing return on current budget.** The initiative's leadership works with Fast-Track Cities to set targets, assess local resources, mobilize local and international resources, and improve efficiency of financial and other resource allocation to maximize impact of the local AIDS response. In select Fast-Track Cities, the city-specific dashboards are also used as a platform for cities to perform complex analysis with scenario-building capabilities to identify gaps and set evidence based priorities for investment by potential donors/sponsors.
- **Joint fundraising activities.** On request, IAPAC works with Fast-Track City leadership to collaborate with local community-based organizations, governments, academic institutions, etc., to identify and jointly apply for funding from local, national, regional, and international donors/sponsors.
- **Local resource inventories.** IAPAC will provide templates for inventorying local resources for the HIV response including budgets, programs, and infrastructure such as human resources and facilities.
- **Resource mobilization proposal templates.** Fast-Track Cities can access generic grant proposal templates that can be adapted based on a city's differing needs and priorities to attain the initiative's targets. Additionally, IAPAC and the core partners facilitate unique funding opportunities for Fast-Track Cities whose programmatic priorities match donor interests.



7. How to Contact IAPAC

For additional information about the Fast-Track Cities initiative and/or to inquire about IAPAC technical assistance or support, contact Sindhu Ravishankar, MPhil, IAPAC Director of Fast-Track Cities, at sravishankar@iapac.org.

Acknowledgements

We would like to thank the IAPAC clinician KOLs and other partners who provided valuable input during the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy development process. We are especially grateful to Pedro Cahn, MD, PhD (Argentina); Elly Katabira, MD (Uganda); Jean William Pape, MD (Haiti); Praphan Phanuphak, MD, PhD (Thailand); Peter Riess, MD, PhD (Netherlands); and Allan E. Rodriguez, MD (USA) for their constructive comments that helped to ground the strategy based on regional context. It is important to note that the strategy will evolve over time with further inputs from core, implementing, and technical partners, as well as local health departments and city-specific stakeholders.

DECLARACIÓN DE PARÍS

01 de diciembre de 2014 (modificado
el 13 de Abril de 2021)

Estrategia de Respuesta Rápida 95-95-95 (FAST- TRACK CITIES): ACABAR CON LA EPIDEMIA DEL VIH

Ciudades y Municipios que logran el Estigma Cero relacionado con el VIH y los objetivos 95-95-95 en una Trayectoria para Llegar a Cero Nuevas Infecciones de VIH y Cero Muertes Relacionadas con el SIDA

[CIUDAD]

[Fecha de la Firma]

95%

de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico

95%

de las personas que conocen su estado VIH-positivo reciben terapia antirretroviral

95%

de las personas que reciben tratamiento antirretroviral tienen la carga viral suprimida

DECLARACIÓN DE PARÍS SOBRE ESTRATEGIA DE RESPUESTA RÁPIDA 95-95-95 (FAST-TRACK CITIES)

Nos encontramos en un momento decisivo en la respuesta al VIH. Gracias a los avances científicos, el activismo comunitario y el compromiso político, tenemos la oportunidad de alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.3 de acabar con la epidemia de VIH para el 2030. Las ciudades y los municipios se han visto muy afectados por la epidemia y han estado a la vanguardia de la respuesta al VIH. Las ciudades y los municipios están en una posición única para liderar la acción acelerada hacia la consecución de los objetivos 95-95-95 de las Naciones Unidas y otros objetivos relevantes. Lograr estos objetivos nos situará en una trayectoria para llegar a cero nuevas infecciones de VIH y cero muertes relacionadas con el sida.

Reconocemos que poner fin a la epidemia del VIH requiere un enfoque integral que permita a todas las personas acceder a servicios de calidad para salvar y mejorar la calidad en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo para el VIH, la tuberculosis (TB) y las hepatitis virales. Integrar estos servicios en los servicios de salud sexual, reproductiva y mental es fundamental para lograr el acceso universal a la atención médica.

Podemos eliminar el estigma y la discriminación si basamos nuestras acciones en pruebas científicas. Entender que el tratamiento exitoso del VIH y la supresión viral previenen la transmisión del VIH (Indetectable= intransmisible) puede ayudar a reducir el estigma y animar a las personas que viven con el VIH a iniciar y cumplir el tratamiento del VIH.

Trabajando juntos, las ciudades y los municipios pueden acelerar las acciones locales para acabar con las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica en todo el mundo para 2030. Tal y como pide la Nueva Agenda Urbana, aprovecharemos nuestro alcance, infraestructura y capacidad humana para construir un futuro más equitativo, inclusivo, próspero y sostenible para todos nuestros residentes, independientemente de su edad, género, orientación sexual y circunstancias sociales y económicas.

NOS COMPROMETEMOS A:

1. Acabar con las epidemias de VIH en ciudades y municipios en el año 2030

Nos comprometemos a alcanzar los objetivos 95-95-95 y otros objetivos de la Vía Rápida, lo que nos situará firmemente en el camino para acabar con las epidemias de VIH, tuberculosis y hepatitis vírica para 2030. Nos comprometemos a proporcionar un acceso continuo a las pruebas de detección del VIH de calidad, al tratamiento y a los servicios de prevención, incluida la profilaxis previa a la exposición (PrEP), en apoyo de un enfoque integral para acabar con la epidemia del VIH que también aborda la tuberculosis, las hepatitis virales, las infecciones de transmisión sexual, la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y las comorbilidades asociadas al envejecimiento con el VIH. Eliminaremos el estigma y la discriminación relacionados con el VIH.

2. Poner a las personas en el centro de todo lo que hacemos

Centraremos nuestros esfuerzos en todas las personas vulnerables al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades. Ayudaremos a realizar y respetar los derechos humanos de todas las personas afectadas y no dejaremos a nadie atrás en nuestras respuestas municipales al VIH, la tuberculosis y la hepatitis vírica. Incluiremos de forma significativa a las personas que viven con el VIH en la toma de decisiones sobre políticas y programas que afectan a sus vidas.

Anexo I

Actuaremos a nivel local y en colaboración con nuestras comunidades para impulsar el apoyo mundial a las sociedades sanas y resistentes y al desarrollo sostenible.

3. Abordar las causas del riesgo, la vulnerabilidad y la transmisión

Utilizaremos todos los medios, incluyendo las ordenanzas, políticas y programas municipales, para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al VIH y a otras enfermedades, incluyendo las leyes que discriminan o criminalizan a las poblaciones clave. Garantizaremos que las personas afectadas por el VIH disfruten de una participación igualitaria en la vida civil, política, social, económica y cultural, sin prejuicios, estigmas, discriminación, violencia o persecución. Trabajaremos estrechamente con las comunidades, los proveedores de servicios clínicos y de servicios, las fuerzas del orden y otros socios, y con las poblaciones marginadas y vulnerables, incluidos los habitantes de los barrios marginales, los migrantes y otras personas desplazadas, las mujeres jóvenes, los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y las personas transgénero, para fomentar la equidad social.

4. Utilizar nuestra respuesta al VIH para una transformación social positiva

Nuestro liderazgo aprovechará la transformación social innovadora para construir sociedades equitativas, inclusivas, receptivas, resilientes y sostenibles. Integramos los programas sanitarios y sociales para mejorar la prestación de servicios, incluidos los relativos al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades. Utilizaremos los avances de la ciencia, la tecnología y la comunicación para impulsar el programa de transformación social, incluso en el contexto de los esfuerzos por garantizar la igualdad de acceso a la educación y el aprendizaje.

5. Construir y acelerar una respuesta adecuada que refleje las necesidades locales

Desarrollaremos y promoveremos servicios innovadores, seguros, accesibles, equitativos y libres de estigma y discriminación. Alentaremos y fomentaremos el liderazgo de la comunidad para crear una demanda de servicios de calidad que respondan a las necesidades locales y para prestarlos.

6. Movilizar recursos para la salud pública integrada y el desarrollo sostenible

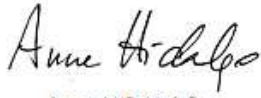
Invertir en la respuesta al VIH junto con un fuerte compromiso con la salud pública y el desarrollo sostenible es una inversión sólida en el futuro de nuestro municipio que producirá un aumento de la productividad, una prosperidad compartida y el bienestar general de nuestros ciudadanos. Adaptaremos nuestros planes y recursos municipales para una respuesta rápida al VIH, la tuberculosis, las hepatitis virales y otras enfermedades en el contexto de un enfoque integrado de salud pública. Desarrollaremos estrategias de financiación innovadoras y movilizaremos recursos adicionales para acabar con la epidemia de VIH para 2030.

7. Unirse como líderes

Nos comprometemos a desarrollar un plan de acción para guiar los esfuerzos de nuestras ciudades y municipios por la vía rápida, a adoptar un uso transparente de los datos para rendir cuentas y a unirnos a una red de ciudades y municipios para hacer realidad la Declaración de París sobre Ciudades por la Vía Rápida. Trabajando en amplia consulta con todos los interesados, mediremos regularmente nuestros resultados y ajustaremos nuestras respuestas para ser más rápidos, más inteligentes y más eficaces. Apoyaremos a otras ciudades y

Anexo I

municipios y compartiremos nuestras experiencias, conocimientos y datos sobre lo que funciona y lo que puede mejorarse. Informaremos anualmente de nuestros progresos.



Anne HIDALGO
Alcaldesa de Paris



Winnie BYANYIMA
UNAIDS



Maimunah Mohd SHARIF
UN-Habitat



José M. ZUNIGA
IAPAC



FAST-TRACK
CITIES





Declaración de Sevilla sobre la importancia de las comunidades en la respuesta urbana al VIH

11 de octubre de 2022

Estamos entre los firmantes de la Declaración de París sobre Acción acelerada en las ciudades para acabar con la epidemia del VIH (en adelante, Declaración de París) y todos creemos que las comunidades locales desempeñan un papel fundamental para poner fin a la epidemia del VIH, la tuberculosis (TB) y la hepatitis vírica para 2030. Nos comprometemos a alcanzar las metas y objetivos de Naciones Unidas (ONU) a través de la creación de un entorno que apoye la existencia de ciudades y municipios más igualitarios, equitativos e inclusivos para todos los ciudadanos, incluidos los más vulnerables.

Mediante la firma de la Declaración de París nos hemos comprometido a situar a las personas en el centro de nuestro trabajo, a avanzar en el respeto de los derechos humanos de las poblaciones marginadas y a garantizar que las respuestas sanitarias satisfagan las necesidades locales. Para lograr estos compromisos es necesario que las comunidades pasen de simplemente negociar aspectos de las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica, a liderarlas. En consonancia con la Declaración de París, la [Declaración política de la ONU sobre el VIH y el sida de 2021](#) establece que no alcanzaremos nuestros objetivos sin la plena participación de las comunidades afectadas. Esta declaración también pide que haya un compromiso expreso para garantizar que las comunidades estén incluidas en todos los aspectos de las respuestas al VIH y la salud sexual, como la planificación, la aplicación y el monitoreo. De la misma manera, este compromiso también debería aplicarse en las respuestas locales a la TB y a la hepatitis vírica.

Situación a las comunidades en el centro de las respuestas urbanas al VIH, la TB y la hepatitis vírica es un objetivo claro. Sin embargo, alcanzar este objetivo requerirá voluntad política, participación comunitaria, apoyo legislativo, recursos financieros e innovación en la prestación de programas y servicios. Debido a que los gobiernos locales y municipales están más cerca y son más responsables de las comunidades locales que los nacionales, nuestras ciudades y municipios están en una buena posición (en línea con los compromisos de la Declaración de París) para garantizar que las comunidades jueguen un rol indispensable para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con el fin de la epidemia del VIH, la TB y la hepatitis vírica para 2030.

NUESTRA CIUDAD O MUNICIPIO SE COMPROMETE A:

1. Proteger la dignidad y los derechos de las comunidades afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Nos esforzaremos por alcanzar el objetivo de la [Declaración de Derechos Humanos de la ONU](#) que afirma que “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona” y “a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar”, abordando las desigualdades e injusticias sistémicas que tienen lugar en nuestras comunidades. Seguiremos trabajando para promulgar la [Nueva Agenda Urbana](#), garantizando “el respeto y la protección de los derechos humanos para todos”. Nos esforzaremos por eliminar las ordenanzas municipales y leyes que discriminan o criminalizan los comportamientos de las poblaciones vulnerables más afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica.

2. Cumplir los objetivos de la ONU en materia de respuestas comunitarias al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Aplicaremos políticas y medidas presupuestarias para garantizar que los fondos destinados a ciudades y municipios cumplan los objetivos de la ONU de aumentar la proporción de servicios relacionados con el VIH prestados por las comunidades y garantizar que, para 2025, organizaciones dirigidas por las comunidades ofrezcan: el 30 % de los servicios de pruebas y tratamiento del VIH, centrándose en las pruebas del VIH, acceso al tratamiento, apoyo para que las personas que viven con el VIH comiencen el tratamiento y no lo abandonen e información sobre este; el 80 % de los servicios de prevención del VIH para grupos de población clave y para las mujeres que forman parte de estos grupos; y el 60 % de los programas que fomentan la consecución de habilitadores sociales. Colaboraremos de manera multilateral con gobiernos regionales y nacionales para alcanzar estos objetivos. Nos comprometemos a proporcionar a las comunidades y a las organizaciones comunitarias el apoyo que necesiten para aumentar su capacidad de actuación y garantizar resultados satisfactorios, también en relación con los determinantes sociales de la salud. Las comunidades suelen estar en una posición de desventaja a la hora de conseguir financiamiento destinado a ciudades y municipios para servicios relacionados con el VIH. Por ello, daremos prioridad a las organizaciones comunitarias mejor posicionadas para apoyar y prestar servicios a las comunidades afectadas. Consolidaremos nuestro compromiso de aplicar medidas políticas, presupuestarias y de divulgación en las respuestas a la TB y la hepatitis vírica.

3. Incluir a las comunidades en todas las fases de nuestra respuesta al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Estaremos en contacto con las comunidades afectadas para revisar nuestras políticas, procedimientos y operaciones y nos aseguraremos de que la representación de las comunidades tenga prioridad en las fases de planificación, implementación y monitoreo de nuestras respuestas a nivel local al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Utilizaremos estrategias para garantizar una representación diversa, incluyendo grupos de población clave, comunidades afectadas, niños y jóvenes, promoviendo la colaboración intergeneracional si procede. Nos aseguraremos de que los miembros de las comunidades puedan participar activamente y aportar información en los procesos de toma de decisiones. En este sentido, nos comprometemos a crear y ampliar los espacios de liderazgo para los miembros de las comunidades dentro de nuestras respuestas a nivel local al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

4. Facilitar que las comunidades hagan un seguimiento de la respuesta al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

Trabajaremos para que las comunidades hagan un seguimiento de la respuesta local al VIH, la TB y la hepatitis vírica y que sean partícipes de la recopilación, análisis y uso de datos con el apoyo de la sanidad pública y otras instituciones. Si para alcanzar este compromiso es necesario modificar políticas que dependen de nuestra autoridad a nivel municipal o local, nos comprometemos a hacerlo para facilitar un mecanismo de rendición de cuentas basado en datos y en la equidad que permita a nuestras comunidades considerarnos responsables de nuestros avances o de la falta de ellos.

5. Aumentar la transparencia y la comunicación para facilitar la participación de la comunidad.

Informaremos periódicamente sobre la planificación y los progresos realizados, de modo que el público pueda participar en la toma de decisiones relativas a las respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Traduciremos información relevante a idiomas que reflejen la diversidad de nuestras comunidades y emplearemos un lenguaje accesible para poblaciones con distintos niveles de alfabetización. Garantizaremos que todas las decisiones relacionadas con las respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica se tomen en reuniones públicas, abiertas y accesibles siempre que sea posible.

6. Desarrollar estrategias de divulgación para identificar y llegar a las partes interesadas de la comunidad.

Somos conscientes de que un elevado porcentaje de las personas más afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica tienen un acceso limitado a la información, especialmente a través de los medios de comunicación tradicionales que usan los gobiernos locales y las instituciones sanitarias públicas. Junto con representantes de la comunidad, elaboraremos planes para identificar a estas personas y hacerles llegar información a través de los medios que utilicen, ya sea a través de redes sociales o espacios comunitarios, de modo que podamos establecer contacto con las partes interesadas de la comunidad de un modo más accesible, cómodo e integrador. Nos comprometemos a ponernos en contacto y comunicarnos adecuadamente con niños y jóvenes, que históricamente han estado excluidos de las principales estadísticas sanitarias y programáticas relacionadas con las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

7. Apoyar a los profesionales de la salud, a los líderes y a las personas cercanas a nuestra comunidad.

Reconocemos que a menudo las personas más cercanas a las comunidades afectadas (como los profesionales de la salud o educadores) carecen de los recursos necesarios y con demasiada frecuencia realizan su trabajo como voluntarios. Si apoyamos el reconocimiento oficial, la remuneración y el desarrollo profesional de estos trabajadores de la comunidad, podremos impulsar la labor que realizan para mejorar la prevención y la atención médica del VIH, la TB y la hepatitis vírica. También se podrá garantizar que reciben apoyo mientras refuerzan nuestras respuestas locales al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

8. Trabajar para eliminar el estigma y la discriminación que existe tanto dentro de nuestras comunidades como hacia ellas.

Trabajaremos dentro de nuestras posibilidades para poner fin al estigma y la discriminación hacia las personas que viven con y se ven afectadas por el VIH, la TB y la hepatitis vírica y especialmente hacia los grupos de población clave que sufren estigma y discriminación interseccional. Las comunidades marginadas no pueden participar plenamente en las respuestas de salud pública si sus comportamientos o identidades están criminalizados o estigmatizados. Colaboraremos con representantes de la comunidad para que las ordenanzas, políticas y programas aborden directamente estas barreras en ciudades y municipios, fomenten el cambio a nivel nacional e inviertan en organizaciones que sensibilicen sobre el estigma y la discriminación.

9. Conectar nuestras comunidades locales a las redes del VIH, TB y hepatitis vírica a nivel mundial.

Utilizaremos nuestra red para conectar a las comunidades de nuestras ciudades y municipios con otras de todo el mundo, para que así compartan sus prácticas más efectivas y trabajen en solidaridad con el fin de encontrar soluciones a problemas intersectoriales. La red de Acción acelerada en las ciudades nos brinda la inigualable oportunidad de participar en el multilateralismo de la salud pública. Así, podremos garantizar que nuestras ciudades y municipios tengan voz a nivel mundial para trabajar en el fin de la epidemia del VIH, la TB y la hepatitis vírica.

10. Informar anualmente de los progresos realizados para situar a las comunidades en el centro de nuestro trabajo.

Con el fin de responder a nuestras necesidades locales, colaboraremos con los representantes de la comunidad para adoptar y adaptar los parámetros mundiales estandarizados en cuanto a las respuestas al VIH, la TB y la hepatitis vírica. Además, trabajaremos con representantes comunitarios para desarrollar marcos de ejecución y rendición de cuentas en relación con los compromisos recogidos en este documento y en la *Declaración de París*. Especialmente conforme evoluciona para incorporar parámetros mundiales nuevos o actualizados. De este modo pondremos a las comunidades en el centro de nuestro trabajo. Utilizaremos la red de Acción acelerada en las ciudades para informar anualmente sobre nuestros progresos.

Firmamos este documento en nombre de las ciudades y municipios que representamos y en solidaridad con los miembros de la comunidad y las organizaciones con base comunitaria con las que nos comprometemos a garantizar la centralidad de las comunidades en las respuestas urbanas al VIH, la TB y la hepatitis vírica.

MOCIÓN INSTITUCIONAL EN RELACIÓN CON LA APROBACIÓN DE LA ADHESIÓN A LA DECLARACIÓN DE PARÍS [Y LA DECLARACIÓN DE SEVILLA] Y LA CREACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO SECTORIAL PARA CONTRIBUIR A LA ERRADICACIÓN DEL VIH/SIDA Y DE SU ESTIGMA

MOCIÓN

Se propone al pleno de la Corporación Municipal del Ayuntamiento de XXX apruebe la adhesión a la estrategia Fast Track Cities de ONUSIDA y que se cree una mesa de trabajo para su implementación y cumplimiento de objetivos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El 1 de diciembre de 2014, alcaldesas y alcaldes de todo el mundo firmaron la Declaración de París de acción acelerada en las ciudades para poder poner fin al sida. De acuerdo con ello, se comprometieron a alcanzar en el año 2020 los objetivos 90%-90%-90% / 95% - 95% - 95%, relativos a la cascada de tratamiento del VIH. Estos objetivos pretenden que, para ese año, el 95% de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico, que el 95% de quienes conozcan su estado serológico positivo recibirá un tratamiento, y que el 95% de las personas en tratamiento logrará suprimir la carga viral consiguiendo el estado de indetectabilidad. De esta forma, se reducirán rápidamente el número de infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida (incluidas las causadas por la tuberculosis) y se acelerará el proceso para acabar prácticamente con el sida para el año 2030. La declaración y adhesión municipal supone no sólo una declaración de intenciones, sino un compromiso claro para luchar desde las ciudades con todos los medios necesarios, como ordenanzas municipales y otras herramientas, para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al V/H y a otras enfermedades.

Junto a la Asociación / Recurso Comunitario XXX se inicia esta iniciativa instando a nuestro Ayuntamiento de XXX la adhesión a la declaración de París y a la de Sevilla, así como a adherirse al Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH del Ministerio de Sanidad y la comunidad VIH.

Consideramos que el pleno municipal debe adoptar estas adhesiones.

ACUERDO

1. Aprobar la adhesión del Ayuntamiento de XXX a la Declaración de París, de acción acelerada en las ciudades para poner fin al sida, a la Declaración de Sevilla, y al Pacto Social, que figuran como Anexo a esta propuesta de Acuerdo.

Anexo III

2. La creación de una mesa de trabajo sectorial para la ejecución de un Plan Estratégico para erradicar el VIH / sida y otras infecciones en la ciudad y que sea declarada zona cero de infecciones.
3. Instar al gobierno central a mejorar y aumentar la inversión en investigación científica, destinada a la prevención, detección precoz y tratamiento del V/H

***Opción incluir el texto de la declaración de París en el texto de la moción y como anexo el documento a firmar.**

**MOCIÓN INSTITUCIONAL EN RELACIÓN CON LA APROBACIÓN DE LA ADHESIÓN A LA
DECLARACIÓN DE PARÍS [Y LA DECLARACIÓN DE SEVILLA]
Y LA CREACIÓN DE UNA MESA DE TRABAJO SECTORIAL PARA CONTRIBUIR A LA
ERRADICACIÓN DEL VIH/SIDA Y DE SU ESTIGMA**

MOCIÓN

Se propone al pleno de la Corporación Municipal del Ayuntamiento de **XXX** apruebe la adhesión a la estrategia Fast Track Cities de ONUSIDA y que se cree una mesa de trabajo para su implementación y cumplimiento de objetivos.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Considerando lo siguiente:

- a) El VIH está considerado como una de las epidemias más devastadoras a las que se ha enfrentado la humanidad, costando más de 40 millones de vidas desde el inicio de la epidemia (1981). Incluso en 2022, 630 000 personas murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA en todo el mundo (ONUSIDA, 2022).
- b) 85,6 millones de personas han sido infectadas por el virus del VIH desde el inicio de la epidemia y 39 millones de personas siguen viviendo con el VIH en todo el mundo (ONUSIDA, 2022).
- c) El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (ONU, 2015) prevé en su meta 3.3 que: Para 2030, poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, paludismo y enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- d) En las Estrategias Mundiales del Sector Sanitario 2022-2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros, establece el objetivo de reducir los casos anuales de VIH y hepatitis vírica de 4,5 millones a menos de 500.000, en todo el mundo. Además, la estrategia mundial contra la hepatitis de la OMS pretende reducir las nuevas infecciones por hepatitis en un 90% y las muertes en un 65% entre 2016 y 2030.
- e) Más recientemente, los Objetivos de ONUSIDA para el sida en 2025, que sitúan en el centro a las personas que viven con el VIH y a las comunidades en riesgo, instan a los países a alcanzar 10 objetivos, entre ellos, que el 95% de las personas con el VIH/sida (PVS) conozcan su estado serológico; que el 95% de las PVS que conozcan su estado inicien el

Anexo IV

tratamiento; que el 95% de las PVS en tratamiento tengan supresión viral, y que menos del 10% de las PVS sufran estigma y discriminación.

f) La Alianza STOP TB y UNOPS, en el Plan Mundial para Erradicar la Tuberculosis, establecen, entre otros, los siguientes objetivos: detectar y diagnosticar al menos al 95% de las personas que viven con tuberculosis (TB), proporcionar tratamiento a 50 millones de personas entre 2023 y 2030 y lograr que el 90% de los tratamientos para todas las formas de TB tengan éxito.

g) Según ONU-Hábitat, las zonas urbanas ya albergan al 55% de la población mundial, y se espera que esa cifra aumente hasta el 68% en 2050 (ONU-Hábitat, 2022).

h) La Red de Ciudades Fast Track fue creada en 2014 por la Asociación Internacional de Proveedores de Atención del Sida (IAPAC), ONUSIDA, ONU-Hábitat y la ciudad de París, junto con 26 ciudades signatarias. Desde entonces, más de 500 ciudades se han adherido a los objetivos de Ciudades por la Vía Rápida (Declaración de París V.4.0. adjunta).

i) En línea con todos los documentos estratégicos globales y el conocimiento basado en la evidencia, Fast-Track Cities prevé que las ciudades firmantes se comprometan a alcanzar los objetivos descritos en la Declaración de París, incluyendo cero estigma y discriminación hacia las PVS, situando la intervención en la escala urbana local, a través de un programa diseñado por actores locales que tenga en cuenta la realidad y especificidad epidemiológica de la ciudad firmante.

j) Insertar aquí los datos nacionales (**si están disponibles**).

k) Insertar aquí los datos a escala de ciudad / autonomía (**si están disponibles**).

Por todo lo expuesto, proponemos








a) Que el Ayuntamiento de **XXX** se adhiera a la Red de Ciudades FastTrack mediante la firma de la Declaración de París (adjunta).

b) Que el Ayuntamiento cree un grupo de trabajo para crear un Plan Estratégico que permita alcanzar los objetivos fijados para 2030 y supervisar la progresión de los objetivos de Fast Track Cities.








c) **[Opcional]** También proponemos que este asunto se remita a la Asamblea Municipal para **XXX** (ejemplos de acciones concretas que se puedan sumar al compromiso: celebración del Día Mundial del Sida, desarrollo de campañas de sensibilización, implementación de subvenciones para prevención, etc.

En **XXX**, a **XX** de **XX** de **20XX**

Canvas Fast Track Cities

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Socios clave para el desarrollo</p>  <p>Socios clave a involucrar para realizar sus actividades/ obtener recursos clave</p> | <p>Actividades principales</p>  <p>Tareas más importantes para tener éxito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis y resolución de problemas - Plan estratégico y acciones/ actividades - Plan de comunicación - Investigación y datos - Red/Plataforma | <p>Proposición de valor del plan</p>  <p>Productos y servicios que creen valor para cada comunidad.</p> <p>Objetivo: Resolver un problema /una necesidad</p> <p>Factores clave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalización - Acceso gratuito y universal - Diseño - Novedad/ actualización: implementación prevención combinada, promoción recursos comunitarios, etc. | <p>Relaciones con las comunidades</p> <p>Tipo de relación que establece con las comunidades en las diferentes líneas de acción planteadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderazgo comunitario - Acciones del checklist FTC | <p>Comunidades clave (enfoque centrado en la persona}</p> <p>Grupos de personas (usuarios individuales o comunidades) u organizaciones para las que crea valor.</p> |
| <p>Coste del plan</p>  | <p>Recursos disponibles</p>  | | | |
| <p>Recursos necesarios para el desarrollo</p>  | <p>Canales</p>  <p>Espacios que se usan para comunicar y difundir información, en especial con las comunidades destino.</p> | | | |

Canvas Fast Track Cities

| | | | |
|--|---|---|---|
|  |  |  |  |
| |  | | |
|  | |  | |



ZERO CITIES Checklist

A. Acabar con las desigualdades e implicar a las partes interesadas para poner fin al sida

| | |
|---|--|
| 1. Iniciar espacio de trabajo Fast Track y Pacto Social | |
| a. Firma de la Estrategia Fast Track / Declaración de París | |
| b. Firma de la Declaración de Sevilla | |
| c. Adhesión al Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH del Ministerio de Sanidad (https://pactosocialvih.es/) | |
| 2. Involucrar entorno clínico, administrativo, comunitario y educativo en la toma de decisiones y participación. | |
| a. Creación del Grupo de trabajo Fast Track Cities | |
| b. Adhesión y participación en la Red Española de Fast Track Cities | |
| c. Análisis de necesidades y situación local con los principales agentes de respuesta y co- liderado con la comunidad y desarrollo del plan estratégico (perfil / mapa epidemiológico / plan operativo) | |

B. Aplicación eficaz de la prevención combinada del VIH

| | |
|---|--|
| 1. Acceso gratuito y amigable a la prevención combinada | |
| a. Acceso a condones y otros materiales barrera | |
| b. Acceso a lubricante | |
| c. Acceso a PEP | |
| d. Acceso a PrEP | |
| e. Acceso a programas de reducción de riesgos en el uso de sustancias | |
| f. Acceso a programas sanitarios especializados y comunitarios de chemsex | |
| g. Promoción de la educación sexual dentro de las medidas de prevención y recursos de la zona | |
| h. Protocolos informativos sobre los métodos de prevención combinada en los servicios de salud especializados y at. primaria | |
| i. Desarrollo de programas preventivos específicos para comunidades clave (un 80% liderados por la propia comunidad) | |



| | |
|---|--|
| j. Desarrollo y promoción de campañas de prevención y sensibilización junto a la comunidad | |
| k. Garantizar un trato sin discriminación y estigma en los servicios públicos relacionados | |
| l. Desarrollo de un mapa de recursos de prevención en salud sexual | |
| 2. Promocionar la educación sexual y la capacitación en habilidades comunitarias y sexualidad en profesionales sociosanitarios junto a la comunidad. | |
| a. Desarrollo de capacitaciones formativas en sexualidad y aspectos culturales de las comunidades clave por parte de la propia comunidad | |
| b. Formaciones específicas de actualización sobre VIH, ITS y estrategias internacionales, nacionales y regionales para su abordaje | |
| c. Análisis de necesidades y situación local con los principales agentes de respuesta y co-liderado con la comunidad | |
| d. Acompañamiento en los procesos de delito de odio o discriminación relacionados con los servicios de salud y las comunidades clave | |

C. Pruebas del VIH, tratamiento y supresión vírica

| | |
|--|--|
| 1. Acceso a pruebas de diagnóstico y cribado en entornos clínicos y comunitarios para el VIH y otras ITS | |
| a. Accesibilidad de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en atención primaria | |
| b. Promoción de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en recursos comunitarios o mixtos (30% de los recursos de Testing deben ser en la comunidad) | |
| c. Formación e identificación de personal clave para el abordaje de la prueba en recursos de salud públicos | |
| d. Desarrollo de campañas promocionales de acceso a estos recursos | |
| e. Desarrollo de un mapa de recursos de salud sexual y / o especializada y coordinarlo bajo la estrategia | |
| 2. Acceso y promoción del auto-test de VIH y otro tipo de pruebas. | |
| a. Colaboración y coordinación con farmacia comunitaria para el acceso al auto-test de VIH | |
| b. Desarrollo de otro tipo de pruebas de cribado o diagnóstico: gota seca (HepC), VIH a domicilio, PCR en recurso comunitario... | |
| c. Desarrollo de campañas promocionales de acceso a estos recursos | |
| 3. Facilitar el acceso universal al tratamiento del VIH y otras ITS, así como su seguimiento y cuidados relacionados. | |



| | |
|--|--|
| a. Protocolos de acceso rápido al tratamiento de VIH, Hepatitis C y otras ITS | |
| b. Circuito de derivación “point of care” y cuidados en calidad de vida, desarrollado entre los diferentes agentes de cribado y diagnóstico de VIH / ITS (objetivo tratamiento en el día / plazo de una semana – programas de calidad de vida) | |

D. Transmisión vertical del VIH y sida pediátrico

*La transmisión vertical es una vía controlada en el sistema de salud pública de España dentro de los protocolos de gestación. En este punto, nos centramos en los cuidados a la salud sexual en cuidados ginecológicos

| | |
|---|--|
| 1. Promocionar el cuidado de la salud sexual en paralelo a los cuidados pediátricos y ginecológicos | |
| a. Información especializada en prevención de ITS (VIH) y ginecología | |
| b. Promoción de cribado y diagnóstico de VIH / ITS en recursos de salud pública o comunitarios especializados en mujer / diversidad | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios de mujer y diversidad | |

E. Igualdad de género y capacitación de mujeres y niñas / otras identidades

| | |
|---|--|
| 1. Capacitación en género y diversidad en los entornos clínicos y administrativos, así como en salud sexual relacionada y competencias comunitarias | |
| a. Formación en género | |
| b. Formación en diversidades sexuadas e identidades no normativas | |
| c. Formación en competencias comunitarias sobre los colectivos más vulnerables en acceso, prevalencia y derechos. | |
| d. Identificación de sesgos, protocolos y acciones estigmatizadoras o discriminatorias respecto a género y diversidad dentro de la estructura administrativa y del sistema de salud público | |

F. Liderazgo comunitario

| | |
|---|--|
| 1. Identificación y promoción de recursos comunitarios clave para el Desarrollo de ambas estrategias (Pacto Social y Fast Track Cities) | |
| a. Mapa de recursos comunitarios en salud sexual y de los colectivos clave | |



| | |
|--|--|
| b. Participación y liderazgo de la comunidad clave en el grupo motor Fast Track y en el desarrollo de planes y acciones relacionadas | |
| c. Promoción institucional de los recursos comunitarios asociados a través de ayudas y espacios de participación seguros | |
| 2. Dar voz a las personas con VIH: liderazgo, visibilidad y representación institucional. | |
| a. Diseño (o adaptación) de campañas junto a la comunidad, que visibilicen la realidad de las personas con VIH | |
| b. Acciones y campañas de respuesta al estigma relacionado al VIH y las ITS | |
| c. Participación de personas con VIH en las diferentes acciones del plan | |

G. Hacer realidad los derechos humanos y eliminar la estigmatización y la discriminación

| | |
|--|--|
| 1. Defensa de los DDHH y de las personas con VIH e identificación de barreras | |
| a. Mapeo de situaciones de discriminación: Identificación de sesgos, protocolos y acciones estigmatizadoras o discriminatorias respecto a género y diversidad dentro de la estructura administrativa y del sistema de salud público | |
| b. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y su acceso, como parte de los DDHH fundamentales: campañas, espacios educativos, sociales y de salud. | |
| 2. Acciones de promoción de los DDHH y de las comunidades más vulnerables. | |
| a. Promoción de las principales fechas institucionales o relacionadas con la salud sexual y las comunidades clave: <ul style="list-style-type: none"> • Día Mundial del VIH /sida • Días de la salud sexual • Orgullo LGBTQIA+ • Octubre trans • Día de la mujer • Semanas Europeas de la Prueba de VIH y otras ITS (anualmente en primavera, alrededor de mayo, y otoño, alrededor de noviembre) • Eventos de migración | |
| b. Colaboración con otros espacios de salud, psicosociales y educativos para dar respuesta al estigma relacionado con el VIH y las comunidades más vulneradas | |
| c. Acciones de promoción del Pacto Social | |
| d. Formaciones específicas en materia de DDHH, sexualidad, competencias comunitarias y estigma | |



H. Inversiones y recursos

| | |
|---|--|
| 1. Facilitar espacios de diálogo y trabajo para la consecución de estos objetivos | |
| a. Promoción del grupo FastTrack, del plan de acción y del vínculo con el Pacto Social | |
| b. Promoción de grupos de trabajo paralelos o acciones para el desarrollo de los objetivos del plan FastTrack | |
| c. Colaboración con otros partners para la consecución de los objetivos | |
| 2. Destinar fondos a la prevención, sensibilización y desarrollo comunitario. | |
| a. Invertir fondos en recursos y materiales preventivos | |
| b. Invertir fondos en campañas de sensibilización y promoción de la salud sexual, la diversidad y los DDHH de manos de la comunidad | |
| c. Invertir fondos para el desarrollo comunitario y mejora de la calidad de vida de los colectivos más vulnerables | |
| d. Hacer partícipe y colíder a la comunidad en el proceso de toma de decisiones | |

I. Cobertura sanitaria universal e integración

| | |
|--|--|
| 1. Garantizar el acceso sanitario a toda persona | |
| a. Protocolos de acceso sanitario para personas en situación legal indeterminada | |
| b. Acceso universal al tratamiento del VIH, hepatitis y otras ITS, así como a la cobertura sanitaria pública | |
| c. Promoción y acceso a la salud sexual en colectivos vulnerables: joven, LGTBQI+, mujer, migrante, personas con diversidades | |
| 2. Incluir la salud sexual como prioritaria en la gestión de la salud adolescente y joven, junto a otros fenómenos emergentes como el uso sexualizado de drogas, Chemsex y otros. | |
| a. Implementar estrategia nacional de la División de VIH, hepatitis víricas, tuberculosis y otras ITS del Ministerio de Sanidad | |
| b. Implementar acciones del plan autonómico / participar activamente en el desarrollo y/o actualización de los planes regionales | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios jóvenes, así como hábitos saludables, incluyendo el manejo de sustancias, junto a personas expertas de las comunidades | |
| d. Analizar el uso sexualizado de drogas / chemsex en el área y la respuesta local | |



J. Datos, ciencia e innovación sanitaria y comunitaria

| | |
|--|--|
| 1. Mapeo de PVH e ITS en el area | |
| a. Desarrollo de un posible mapa Fast Track Cities de la ciudad / región: 95/95/95/95 cero estigmas | |
| b. Acceso universal al tratamiento del VIH, hepatitis y otras ITS, así como a la cobertura sanitaria pública | |
| c. Promoción y acceso a la salud sexual en colectivos vulnerables: joven, LGTBQIA+, mujer, migrante, personas con diversidades | |
| 2. Incluir la salud sexual como prioritaria en la gestión de la salud adolescente y joven, junto a otros fenómenos emergentes como el uso sexualizado de drogas, Chemsex y otros. | |
| a. Implementar estrategia nacional de la División de VIH, hepatitis víricas, tuberculosis y otras ITS del Ministerio de Sanidad | |
| b. Implementar acciones del plan autonómico correspondiente / participar activamente en el desarrollo y/o actualización de los planes regionales | |
| c. Promocionar la salud sexual en los espacios jóvenes, así como hábitos saludables, incluyendo el manejo de sustancias, junto a personas expertas de las comunidades | |
| d. Analizar el uso sexualizado de drogas / chemsex en el área y la respuesta local | |
| e. Promocionar estudios relacionados para la mejora de la salud sexual: estudios de contacto, prevalencia de infecciones, etc.. | |



Technical Implementation Strategy

January 2016

(Updated April 2017)



Table of Contents

| | |
|---|-----------|
| 1. Background | 3 |
| 1.1 About the Fast-Track Cities Initiative..... | 3 |
| 1.2 Empowering Cities to Reach the Fast-Track Cities Targets | 3 |
| 1.3 Enrollment of Cities in the Fast-Track Cities Initiative..... | 4 |
| 1.4 Fast-Track Cities Leadership and Partnerships | 5 |
| 1.5 Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy | 6 |
| 2. Process and Oversight | 7 |
| 2.1 Fast-Track City Meetings | 7 |
| 2.2 Leadership Coordination | 8 |
| 2.3 Reporting Plan | 9 |
| 2.4 Global Fast-Track Cities Web Portal | 9 |
| 2.5 Process Indicators..... | 9 |
| 3. Program Interventions | 10 |
| 3.1 Zero Discrimination and Stigma | 12 |
| 3.2 Addressing Quality of Life..... | 13 |
| 3.3 Technical Assistance on Optimizing the HIV Care Continuum | 14 |
| 3.4 Capacity-Building Support | 15 |
| 3.5 Other Priorities | 15 |
| 4. Monitoring and Evaluation | 15 |
| 4.1 Global Online M&E Tools..... | 16 |
| 4.2 Global Fast-Track Cities Web Portal | 16 |
| 4.3 City-Specific Dashboards | 17 |
| 4.4 Definition/Metrics of Success..... | 21 |
| 5. Communications Strategy | 21 |
| 5.1 Marketing and Visibility..... | 21 |
| 5.2 Information-Sharing | 22 |
| 6. Resource Mobilization | 22 |
| 7. How to Contact IAPAC | 23 |



1. BACKGROUND

1.1. About the Fast-Track Cities Initiative

The [Fast-Track Cities initiative](#) is a global partnership between a network of high HIV burden cities, four core partners – the International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), the United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat), and the city of Paris – and local, national, regional, and international implementing and technical partners. The initiative’s aim is to build upon, strengthen, and leverage existing HIV programs and resources to accelerate locally coordinated, city-wide responses to end AIDS as a public health threat by 2030.

The initiative was launched on World AIDS Day 2014, in Paris. Mayors, city government officials, and city health officials gathered in Paris and 26 high HIV burden cities first signed the *Paris Declaration on Fast-Track Cities (Paris Declaration)*. As of April 2017, more than 65 priority high HIV burden cities around the world have signed the *Paris Declaration*, pledging to attain the following targets by 2020:

- 90% of people living with HIV (PLHIV) knowing their HIV status
- 90% of people who know their HIV-positive status on HIV treatment
- 90% of PLHIV on HIV treatment with suppressed viral loads
- Zero stigma and discrimination

Technical implementation of the initiative is framed around a five-point strategy that includes:

- 1) Process and Oversight
- 2) Program Interventions
- 3) Monitoring and Evaluation (M&E)
- 4) Communications
- 5) Resource Mobilization

As the initiative’s technical partner, IAPAC supports Fast-Track Cities with HIV care continuum optimization through: 1) delivering technical assistance to local health departments; 2) facilitating consensus-building and coordination among key local stakeholders; and 3) providing capacity-building support for clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities.

1.2. Empowering Cities to Reach the Fast-Track City Targets

Attaining the 90-90-90 targets is grounded in HIV care continuum optimization. Additional focus must be given to mitigate discrimination and stigma, and to create an enabling environment for getting more PLHIV tested, linked to care, initiated on ART, and virally suppressed.

Under local leadership, Fast-Track Cities are uniquely positioned to develop locally designed and led strategies for continuum optimization that respond directly to the needs of vulnerable and key populations within the urban context. Through the concerted efforts of Mayors, city governments, affected communities, local health departments, clinical and service providers, and other relevant stakeholders, the initiative works to overcome the barriers that impede efforts to scale up access to and



utilization of HIV prevention, testing, care, treatment, and support services for people at risk for and those living with HIV in a rights-based and equitable manner.

1.3. Enrollment of Cities in the Fast-Track Cities initiative

Fast-Track Cities reflect geographic distribution across a range of very high-, high-, medium-, and low-income countries in the global North and South. Cities are recruited based on the following criteria:

- **HIV burden** – based on prevalence and the proportion the city accounts for of national HIV burden
- **Political support** – based on potential for advocacy and leadership at the mayoral level
- **Strong technical team** – based on ability to support day-to-day implementation at city level
- **Pioneering Cities** – based on leadership as a trend-setting city to model the AIDS response

Keeping the above in mind, all cities that express an interest in accelerating their local AIDS responses can sign the *Paris Declaration*, committing as a Fast-Track City. The Fast-Track Cities implementation strategy includes remote support for cities that may be lower on the overall initiative’s priority continuum.

At a minimum, all Fast-Track Cities receive a basic IAPAC technical support package that includes:

- **Access to the Global Fast-Track Cities Web Portal**, which includes global tools, resources, and implementation strategy templates; and can be leveraged to share lessons learned and best practices across cities.
- **Remote technical support** on demand, including the provision of technical briefs and participation in teleconferences and other virtual support to share best practices employed by and key lessons learned from Fast-Track Cities.

All priority Fast-Track Cities receive a **city-specific dashboard** that features visual representations of progress made against the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. City-specific dashboards can be accessed via the Global Fast-Track Cities Web Portal (described in section 4 on M & E). Depending on a city’s needs/interest and the availability of resources, some cities are provided more in-depth onsite technical and capacity-building support, including the option of developing a “deep dive” city-specific dashboard on the Global Fast-Track Cities Web Portal which can facilitate real-time M&E. Using the [IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum](#) (2015) as its primary guidance, IAPAC can further provide capacity-building support for select cities through webinars, teleconferences, and on-site consultations for clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities. IAPAC and its partners also can facilitate city-to-city technical collaboration on a requested basis through twinning agreements between cities, often with similar jurisdictional structures, technical resources, and/or similar HIV-related social or political issues.

Visit www.iapac.org/cities for a list of current priority Fast-Track Cities, which is updated each time a new city’s Mayor signs the *Paris Declaration*.



1.4. Fast-Track Cities Leadership and Partnerships

The initiative and related efforts are led by cities and local stakeholders with support from the initiative's four core partners: IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris (which hosted the initiative's launch and was the first city to sign the *Paris Declaration*).



IAPAC represents more than 27,000 clinicians and allied healthcare professionals in over 150 countries. Its mission is to improve the quality of HIV prevention, care, treatment, and support services provided to men, women, and children affected by and living with HIV and comorbid conditions such as tuberculosis (TB) and viral hepatitis through advocacy, education, capacity-building, research, and technical assistance activities. IAPAC's broad global portfolio of activities is spearheaded by an international staff comprised of clinicians, public health specialists, quantitative and qualitative research specialists, and experts in the field of continuing medical education.

As the initiative's technical partner, IAPAC provides technical assistance to health departments; engages in capacity-building efforts with clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities; and provides opportunities for cross-collaboration and sharing of best practices, such as convening city-wide consultations and organizing inter-city twinning arrangements, including among Sister Cities. An IAPAC clinician-member serves as a technical focal point in each Fast-Track City.



Paris, the capital of the French Republic, has been committed to the AIDS response for more than 30 years through its partnerships with associations, doctors, hospitals, and political leaders. Paris also provides €2 million each year in funding for international assistance for HIV, particularly in sub-Saharan Africa.



UNAIDS provides advocacy leadership regarding its vision of zero new HIV infections, zero discrimination, and zero AIDS-related deaths. UNAIDS unites the efforts of 11 UN organizations – United Nations High Commission for Human Rights (UNHCR), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Food Program (WFP), United Nations Development Program (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), UN Women, International Labor Organization (ILO), United Nations Education, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO), World Health Organization (WHO), and the World Bank.



UN-Habitat is the United Nations agency working on sustainable urban development with the mandate of promoting adequate housing and improved livelihoods in urban settings by harnessing the opportunities that urbanization offers. UN-Habitat's priorities are focused on urban governance, economies, legislation, planning, risk reduction, and research. Among its city-specific initiatives are the City Prosperity Initiative, City Resilience Profiling Initiative, and Cities and Climate Change Initiative.



Other implementing and technical partners:

The initiative’s core partners work in concert with other implementing and technical partners that reflect a strategic combination of experience, expertise, influence, and reach to assist with the coordination, implementation, and evaluation. These additional partners from both the global North and South include representatives from:

- Academic institutions
- Civil society organizations
- Corporate sector entities
- Financing institutions
- Human rights organizations
- Implementing agencies
- Professional associations
- Research institutions
- UNAIDS cosponsors
- International and national donors (e.g., PEPFAR)

1.5. Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy

The diagram below illustrates the elements of the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy.



Figure 1: Five Elements of the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy



2. PROCESS AND OVERSIGHT

2.1. Fast-Track City Meetings

Cities may choose to host meetings to convene local stakeholders to draft and implement city-specific implementation plans for a coordinated citywide response to attain the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. In select cases, IAPAC and partners offer cities direct assistance in implementation planning. In other cities, IAPAC and partners provide virtual support for meeting and consultative processes. Alternatively, for cities that already have city-wide consultative processes in place, IAPAC works to support the integration of the initiative into existing agenda to accelerate local AIDS responses.

Following are the types of meetings cities may host, including: 1) steering group planning meeting; 2) city consultation meeting; and 3) working group/post-consultation follow-up meeting.

| STEERING GROUP PLANNING MEETING | |
|--|---|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: Steering group planning meetings bring together a group of core stakeholders responsible for leading the city’s AIDS response to dialogue around and plan for a city-wide consultation meeting.</p> <p>Participants: The steering group consists of 5-10 stakeholders including the Mayor (or her/his representative), an IAPAC clinician KOL, the city/local health department director or city HIV/AIDS coordinator, non-governmental organization (NGO) leadership, and a person living with HIV. Cities may choose to include other relevant key stakeholders such as donors and sponsors.</p> <p>Format: Keynotes, presentations, facilitated discussion</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduce members of steering group and define roles ▪ Define the city’s current AIDS response and epidemiology ▪ Understand the different components of the initiative ▪ Plan the city-wide consultation, including logistics such as agenda, venue, date, and list of participants |

| CITY CONSULTATION MEETING | |
|--|---|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: City consultation meetings bring together stakeholders throughout the city to forge a coordinated AIDS response. Consultation meetings are co-hosted by the Mayor’s office in partnership with IAPAC and other initiative’s core partners, and co-chaired by the Mayor (or her/his designee), an IAPAC clinician KOL, and a person living with HIV.</p> <p>Participants: Participants include civil society representatives, elected officials and health officials, healthcare providers, and other relevant private and public sector stakeholders.</p> <p>Format: Keynotes, plenary sessions, interactive thematic breakout sessions</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Develop consensus among stakeholders around 90-90-90 targets ▪ Establish epidemiology, clinical and public policies, financing baselines ▪ Strategize for a coordinated response and draft the city’s implementation plan around the initiative’s five implementation elements: <ul style="list-style-type: none"> 1) Process and Oversight: Identify a Process and Oversight plan to facilitate a coordinated response. |



| | |
|--|--|
| | <p>2) Monitoring and Evaluation: Develop consensus on indicators to measure local progress and set targets and timelines. Preview the city-specific dashboard mechanism as an M&E and communications tool.</p> <p>3) Program Interventions: Discuss potential evidence-based interventions to address gaps across the HIV care continuum and define technical assistance and capacity-building needs for HIV care continuum optimization.</p> <p>4) Communications: Develop a communications plan to inform and actively engage communities and stakeholders in initiative activities.</p> <p>5) Resource Mobilization: Develop a plan for financing initiative activities, including resource mobilization and achieving efficiencies in the use of existing funding.</p> |
|--|--|

| WORKING GROUP/POST-CONSULTATION MEETING | |
|--|--|
| Details | Objectives |
| <p>Purpose: Working group and post-consultation meetings allow for follow up on action items and deliverables agreed upon during the city consultation meeting, as well as inform revision of the city’s implementation plan, as needed.</p> <p>Participants: Participants form working groups divided thematically by implementation point or by stakeholder category (i.e., government, community, clinical and service provider, health department official, etc.).</p> <p>Format: Working group and post-consultation meetings take place regularly, such as monthly or quarterly, and involve facilitated discussions. Working groups are led by a member of the steering committee.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Re-visit the city’s implementation plan and update based on accomplishments and gaps ▪ Address barriers for initiative targets that were not reached ▪ Revise city’s implementation plan, as needed, with new targets and timelines ▪ Draft quarterly city report on initiative progress, including data related to the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets |

2.2. Leadership Coordination

At a global level, monthly teleconferences and in-person meetings as needed are scheduled between the initiative’s core partners – IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris – to assess overall initiative progress, review Fast-Track City reports, and prepare the annual Global Fast-Track Cities Report.



2.3. Reporting Plan

Fast-Track Cities will be asked to report HIV care continuum and other M&E data (in line with a standardized methodology defined in the 2015 *IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum*), updated services, new resources and reports, and other areas or progress every six months, at a minimum. IAPAC produces quarterly internal reports detailing cities signed on, key lessons learned, progress made, and other issues gleaned from Fast-Track City reports. IAPAC, UNAIDS, UN-Habitat, and the City of Paris will coordinate efforts to consolidate all Fast-Track City reports to annually produce a Global Fast-Track Cities Report. Aside from tracking progress, these reports will also highlight successes, identify technical areas needing more support, and serve to exchange information regarding progress and challenges.

2.4. Global Fast-Track Cities Web Portal

Fast-Track Cities have access to the Global Fast-Track Cities Web Portal (www.fast-trackcities.org), which is also open to the wider Internet community to promote data-driven accountability and transparency. The web portal has two major components – one focuses on the global initiative and the other provides a dashboard for each individual city. The cities are mapped on the Global Fast-Track Cities Web Portal’s landing page, which facilitates seamless integration into the larger effort and communications and information-sharing among cities. In selected cities, community members actively contribute to M&E efforts through online real-time data crowdsourcing, including feedback forms. The Global Fast-Track Cities Web Portal and the city-specific dashboards are further described in section 4 on M & E.

2.5. Process Indicators

Process indicators serves as a recommended checklist for cities to track concrete efforts toward achieving 90-90-90 and zero discrimination and stigma certification.

| City’s Process Checklist – Year 1 |
|---|
| ▪ Mayor signed <i>Paris Declaration</i> |
| ▪ City steering group identified |
| ▪ Creation of city’s epidemiologic profile |
| ▪ City-specific dashboard on Global Fast-Track Cities Web Portal |
| ▪ First consultation takes place |
| ▪ City implementation plan developed |
| ▪ Working groups developed |
| ▪ First meeting for all working groups complete |
| ▪ First annual report submitted |
| City’s Target Attainment – Years 2-5 |
| ▪ 90-90-90 and zero discrimination and stigma achieved |
| ▪ Achievement of other metrics of success using indicators such as, AIDS cases per 1,000 PLHIV; AIDS deaths per 1,000 PLHIV; estimated number of new HIV infections (in general and key populations); median CD4 of newly diagnosed cases; and estimated number of maternal to child transmissions of HIV |



3. PROGRAM INTERVENTIONS

The initiative builds upon, strengthens, and leverages existing HIV programs and interventions to reach Fast-Track City targets. Efforts are focused around HIV care continuum optimization and mitigation of stigma and discrimination to create enabling environments for continuum optimization.

The initiative helps Fast-Track Cities to marshal existing HIV programs which, in most cities around the world, are part of current primary care delivery systems. Where there are standalone HIV programs, the initiative helps cities to better integrate these programs into primary care delivery systems as it facilitates the roll out and scale up of comprehensive, integrated HIV testing, prevention, treatment, and support services.

By design, and with its focus on achieving the 90-90-90 targets, this initiative also drives improvements within each city's health system, addressing issues such as human resources development, health financing, facility planning, commodities supply, rational prescription, and quality assurance. The goal is to assist Fast-Track Cities to implement interventions to achieve the following stages toward the initiative's success:

Stage 1: Signing the *Paris Declaration* and committing to the following:

- Fast-Track Cities agree to support a **“technical handshake”** to allow for an exchange of technical information as well as epidemiologic, program, and other relevant data.
- Fast-Track Cities agree to keep an **open line of communication** with IAPAC regarding their progress, challenges, and opportunities to further accelerate their urban AIDS responses.
- Fast-Track Cities are expected to convene a steering group to focus on developing and building consensus around metrics for success and a **city implementation plan to achieve the initiative's objectives and targets**. Cities may also convene consultations bringing together city-wide stakeholders.
- Fast-Track Cities will **report on their progress** semi-annually.

Stage 2: Achieving 90-90-90 targets and mitigating discrimination and stigma by 2020

Stage 3: Ending AIDS as a public health threat by 2030 (proposed)

Stage 4: Achieving HIV epidemic control by 2030 or shortly thereafter (proposed)

Interventions to be strengthened and plans for scaling up are identified during city-wide consultations. Additionally, partners and donors assist in identifying existing interventions through their own networks and other projects.

The diagram below illustrates the HIV care continuum that is necessary to attain the 90-90-90 targets and, ultimately, HIV epidemic control. Program interventions are needed to focus on attaining the three 90's – HIV diagnosis, being on ART, and viral suppression. Linkage to and retention in care, like other program support efforts, are also important and serve the goal of keeping PLHIV engaged in care and non-infectious through viral suppression. These program interventions and support programs must be grounded in a



human rights-based approach to continuing quality improvement that places the needs of affected communities at the center of local AIDS responses. Interventions and programs are therefore needed to mitigate discrimination and stigma, but also to create an enabling environment by eliminating legal, social, and other barriers that inhibit access to and utilization of HIV prevention, testing, care, and treatment services, thereby addressing the individual's holistic quality of life.

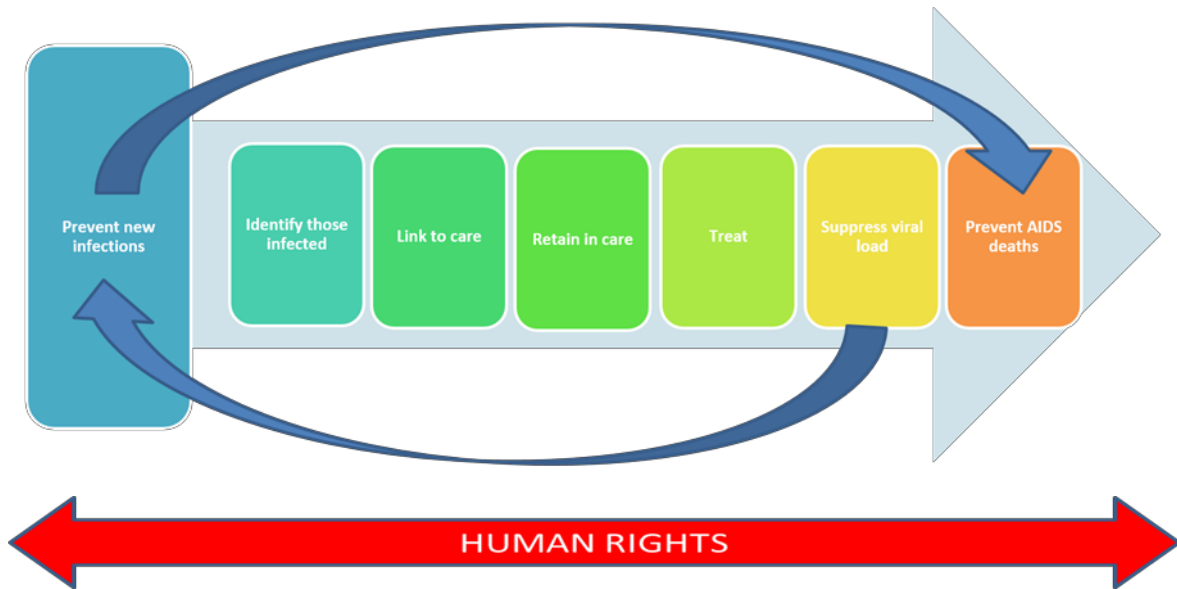


Figure 2. HIV Care and Prevention Continuum Guiding the Initiative's Efforts

Continuum optimization efforts are focused in geographic regions with high HIV burden. Optimizing the care continuum encompasses everyone living with HIV. People living with HIV come from all walks of life depending on the setting and how HIV is transmitted and include men who have sex with men (MSM), transgender people, women, girls, sex workers, people who inject drugs (PWID), and migrant populations among others.

The success of the initiative's programmatic intervention will be dependent upon:

- **Political commitment** to attain the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. This includes advocacy from Mayor's and other political stakeholders, alignment of accelerated city AIDS responses with national policies/goals through city-level advocacy, data transparency in reporting progress toward attaining the initiative's targets, and accountability for translation from policy to real-world practice.
- **Community mobilization and engagement** of PLHIV in community-level advocacy and decision-making, stigma and discrimination mitigation to create enabling environments, and a mechanism for affected communities to hold local stakeholders accountable.
- **Technical assistance** to local health departments on data generation, analysis, and reporting that will facilitate robust M&E as HIV care continuum optimization interventions are implemented. This includes technical briefings, onsite technical support, and "learning collaboratives" for local health departments to share best practices and lessons learned.



- **Capacity-building support** to clinical and service providers, community-based organizations, and affected communities to facilitate HIV care continuum optimization.

The diagram below illustrates some of the program intervention points at which focused interventions can contribute to the overall initiative objectives. While many of these interventions are already in progress in many Fast-Track Cities, the initiative provides a framework to harness existing interventions and to expand upon others to attaining the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets.

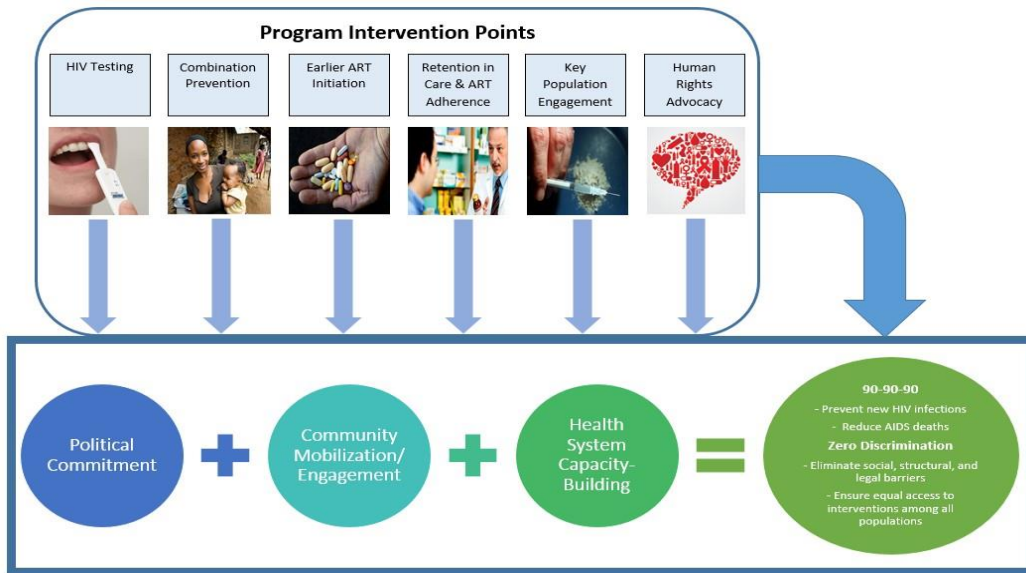


Figure 3. Initiative-Wide Program Intervention Points to Attain 90-90-90 and Zero Discrimination Targets

The primary focus of the initiative is to ensure that the 90-90-90 targets are attained in Fast-Track Cities. The scale up of access to earlier ART (preferably WHO recommended “test and treat”) directly contributes to HIV prevention efforts through its effect on reducing HIV transmission. In line with the *IAPAC Guidelines on Optimizing the HIV Care Continuum* (2015) and other global guidance, the FTC supports innovative interventions that aid in early diagnosis and treatment initiation. In 2016, IAPAC, jointly with the African Society for Laboratory Medicine (ASLM), released *Recommendations for the Rapid Expansion of HIV Self-Testing in Fast-Track Cities*, in effort to address the first 90 target.

In addition to its focus on early HIV diagnosis and treatment, the initiative also supports other prevention interventions that are critical to end AIDS as a public health threat and to achieve HIV epidemic control. These other prevention interventions include condoms, voluntary medical male circumcision (where appropriate), harm reduction (e.g., needle and syringe exchange, opioid substitution), post-exposure prophylaxis (PEP), pre-exposure prophylaxis (PrEP).

3.1 Zero Discrimination and Stigma

Stigma mitigation is critical to HIV care continuum optimization and to ensuring optimal quality of life for PLHIV. Established negative consequences of stigma for PLHIV are many: negative self-image, feelings of shame or guilt, and depression; reluctance to disclose HIV status to others, including sexual partners,



resulting in social isolation and increased likelihood of unsafe sexual activity; decreased access to and retention in care; and suboptimal ART adherence. The initiative aims to overcome human rights barriers such as discrimination and stigma, which inhibit access to and utilization of HIV prevention, care, treatment, and support services. Following are some interventions Fast-Track Cities are assisted to implement to mitigate discrimination and stigma:

- A human-rights web-based training and certification program trains clinical providers to prioritize human rights, engage in compassionate, non-stigmatizing communication with their patients, and commit to measurable stigma reduction efforts in their health facilities.
- Tools and guidance for stigma and discrimination mitigation in healthcare facilities, including a self-assessment checklist and action plan to gauge and address human rights gaps in healthcare settings.
- Improved community-wide HIV literacy and increased community advocacy.

3.2. Addressing Quality of Life

The 90-90-90 targets that Fast-Track Cities are committed to attain by 2020 are an important step toward achieving the Sustainable Development Goal of ending AIDS as a public health threat by 2030. However, given the longevity achievable with current HIV treatment and prevention strategies, the initiative always aimed to extend beyond optimizing the HIV care continuum by focusing on the larger determinants of quality of life for PLHIV. IAPAC is working with key partners and Fast-Track Cities on efforts to measure and monitor quality of life across multiple domains addressing social, economic, and legal barriers to optimal quality of life via community-wide surveys across the Fast-Track Cities network. Indicators include:

- Proportion of PLHIV reporting their health is “good”/“excellent” (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports mental health was “not good” (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports life activity limitations caused by HIV (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports life activity limitations caused by alcohol/substance use (past 30 days)
- Average # days PLHIV reports lack of sufficient food to meet nutritional needs (past 30 days)
- Proportion of PLHIV satisfied with quality of HIV care/treatment services accessed (past six months)
- Proportion of PLHIV satisfied with the quality of primary care services accessed (past 12 months)
- Proportion of PLHIV concerned about disclosing HIV status to family members, partners, or friends (past 12 months)
- Proportion of PLHIV reporting reduced ability to establish/maintain relationships/friendships (past 12 months)
- Proportion of PLHIV concerned about risk of losing employment by disclosing their HIV status (past 12 months)
- Proportion of PLHIV reporting experienced discrimination/stigma in their community (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting experienced discrimination/stigma in their healthcare setting(s) (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting unstable housing (past six months)
- Proportion of PLHIV reporting sense of economic insecurity (past 12 months)



- Proportion of PLHIV reporting adequate access to education and employment opportunities (past 12 months)
- Proportion of migrant/displaced PLHIV reporting refusal of HIV services (past 30 days)
- Proportion of migrant/displaced PLHIV reporting refusal of primary care services (past 30 days)
- Proportion of PLHIV reporting incident of sexual or intimate partner violence (past 90 days)
- Proportion of PLHIV satisfied with quality of life in their community (past six and 12 months)
- Proportion of PLHIV satisfied with their own quality of life (past six and 12 months)

3.3. Technical Assistance on Optimizing the HIV Care Continuum

Measuring the HIV care continuum from diagnosis to viral suppression is critical to evaluating the success of local AIDS responses. IAPAC's four-stage HIV care continuum and a standardized approach to measure across at least four indicators – proportion of PLHIV who have received their diagnosis, are linkage to care, are initiated on ART, and achieve viral suppression – underpins the initiative's M&E plan. IAPAC's technical assistance to local health departments assists them in using metrics that are practical, feasible, and as simple as possible to enable accurate monitoring of the HIV care continuum. Comprehensive and transparent reporting of HIV care continuum data is imperative for internal decision-making at local government-level, for external comparison with other Fast-Track Cities, and, ultimately, to remain accountable to Fast-Track Cities' stakeholders, particularly affected communities.

In most Fast-Track Cities, the provision of technical assistance to optimize the measurement and monitoring of the HIV care continuum is required through strategic engagement with local health departments. Each city's jurisdictional structure as well as current data generation, analysis, and reporting capacities/needs will dictate the intensity and level of technical assistance that IAPAC will provide to local health departments. IAPAC will support Fast-Track Cities with technical assistance that includes a locally relevant combination of the following interventions:

- 1) **Technical briefing webinars** – expert guidance on generating and/or populating local health department databases from a variety of sources; analyzing data to facilitate data-driven programmatic decision-making; and producing baseline and subsequent reports on continuity of care and service delivery across the HIV care continuum.
- 2) **Learning collaborative** – facilitates ongoing dialogue with and between local health departments about the application of evidence-based strategies for improving the quality and utilization of data to make program-level decisions about HIV care continuum optimization. Available via a secure connection to the Global Fast-Track Cities Web Portal (described below), the virtual platform will serve as the central mechanism for local health departments to discuss, share, and collaborate with IAPAC and with each other on data-related best practices and issues.
- 3) **Onsite technical support** – available for local health departments requiring more intense assistance with data generation, analysis, and reporting. IAPAC data teams will liaise with local health department officials during visits to select Fast-Track Cities to assist them with the implementation of the initiative's HIV care continuum measurement and monitoring methodologies; as well as support the development of city-specific 90-90-90 implementation plans. The onsite technical support will be delivered by IAPAC data teams comprised of national and international experts in data systems, health service delivery and outcomes measurement, and health financing and policy.



- 4) **Technical stakeholder meetings** – convenes key stakeholders throughout a Fast-Track City and other relevant jurisdictions (i.e., counties, states, provinces) to review HIV care continuum baseline data and the existing local AIDS response within the context of HIV care continuum optimization; map needs for ongoing data generation, analysis, and reporting; and lay the foundation for the development of city implementation plans. These meetings will also provide key stakeholders training on the use of the Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (described below) as M&E and advocacy/communications tools.

3.4. Capacity-Building Support

IAPAC provides educational training to strengthen clinician capacity to optimize the HIV care continuum and deliver quality HIV prevention, care, treatment, and support services in Fast-Track Cities. Healthcare providers in Fast-Track Cities have access to an online case-study based activity focused on three HIV care continuum optimization priorities: 1) increasing HIV testing coverage and diagnosis; 2) increasing linkage to care and HIV treatment coverage; and 3) increasing engagement and retention in HIV care, ART adherence, and viral suppression. The content for these educational activities primarily reflects the *IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents* (2015), supplemented by national, regional, and/or international normative guidance.

Select regions have dedicated IAPAC capacity-building hubs that conduct in-person trainings in health facilities with high patient caseloads. The hubs' capacity-building activities also include web-based communities of learning and the provision of management aides that leverage IAPAC's existing resources, as well as IAPACs strategic partnerships with clinician KOLs and national and regional medical and nursing/midwifery associations to amplify the hubs' impact in Fast-Track Cities.

3.5. Other Health Priorities

Fast-Track Cities are encouraged to leverage knowledge, infrastructure, human and other resources to improve overall health outcomes. In line with this approach, IAPAC is working with implementing and technical partners to expand the reach of technical interventions beyond HIV, to address comorbidities associated with HIV (e.g., hepatitis B and C, TB) as well as non-communicable diseases (e.g., cancers, cardiovascular disease, diabetes). In 2017, IAPAC and its partners are working with Fast-Track Cities to facilitate integrated responses in alignment with the health-related Sustainable Development Goals.

4. MONITORING AND EVALUATION

The Fast-Track Cities initiative has a robust M&E component to benchmark, follow, and report progress toward attaining the 90-90-90 and zero discrimination and stigma targets. When joining the initiative, Fast-Track Cities agree to support a "technical handshake" that allows an exchange of technical information as well as epidemiologic, program, and other relevant data.

The following HIV-specific indicators are used to benchmark and follow progress toward achieving the initiative's targets. Data from multiple years and trends is preferable; any available disaggregation of data, such as by key population, age, gender, or disease condition (e.g., TB) is also helpful. Census tract or other geographic stratification to aid in mapping efforts on the Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (described below) will also be used.



| Indicators |
|--|
| City's population |
| Estimated number and proportion of PLHIV |
| Number and proportion of PLHIV who are diagnosed as HIV positive |
| Number and proportion of PLHIV on ART |
| Number and proportion of PLHIV on ART who are virally suppressed |
| Number of AIDS cases |
| Number of AIDS-related deaths |
| Number of new HIV infections |
| Number and proportion of estimated HIV transmission from mother to child |

For some Fast-Track Cities much of these data are readily available, however some data will be missing and/or the data may be difficult to obtain. In this case, IAPAC provides technical assistance to aid cities in data generation, analysis, and reporting, through a combination of technical briefings, onsite support, and “learning collaboratives.” Additionally, Fast-Track Cities are at liberty to integrate additional locally relevant indicators, including those related to other interventions such as HIV testing, TB treatment, harm reduction, PEP, or PrEP. As mentioned in section 2.3, cities will be asked to report key indicators on a semi-annual basis (at minimum), with a strong recommendation for internal reporting quarterly to more closely track progress toward local attainment of the initiative’s targets.

4.1. Global Online M&E Tools

Jointly developed by IAPAC and Dure Technologies, a Global Fast-Track Cities Web Portal and city-specific dashboards (www.fast-trackcities.org) delivers to Fast-Track City stakeholders and to the international public health community a comprehensive, web-based, real-time M&E platform, providing data-based reporting of progress against the initiative’s targets.

4.2. Global Fast-Track Cities Web Portal

The Global Fast-Track Cities Web Portal’s landing page includes political messages from participating Mayors and other city leadership, a map of all Fast-Track Cities, basic counters and graphs depicting progress toward the initiative’s targets, and links to the core partners and key resources. As the overall initiative’s landing page, it allows for navigation to city-specific dashboards (described below) and facilitates information-sharing and contact between participating Fast-Track Cities.



Figure 4. Global Fast-Track Cities Web Portal Landing Page into which City-Specific Dashboards Plug In

4.3. City-Specific Dashboards

Each Fast-Track City receives a city-specific dashboard that plugs into the Global Fast-Track Cities Web Portal. The dashboard’s purpose is for local stakeholders, notably members of affected communities, to monitor and provide feedback on the initiative’s progress in their cities.

The dashboard serves as a tool to track basic indicators (listed above) measuring progress toward achieving the 90-90-90 and discrimination and stigma targets, as well as any other health-related targets a city may wish to map. Moreover, the dashboard allows Fast-Track Cities to monitor the progress made and strategies deployed in other cities and to directly link with each other via standard communications links to share best practices and key lessons learned through HIV care continuum optimization efforts.

Each dashboard includes a Mayor’s message and photo, visualizations of local HIV care continuum data, mapping of local HIV services (e.g., condom distribution, testing, healthcare facilities), and links to useful local, national, regional, and international resources (e.g., guidelines, tools). The dashboards are available in the city’s official/native language(s) as well as in English to facilitate a sense of global accountability.

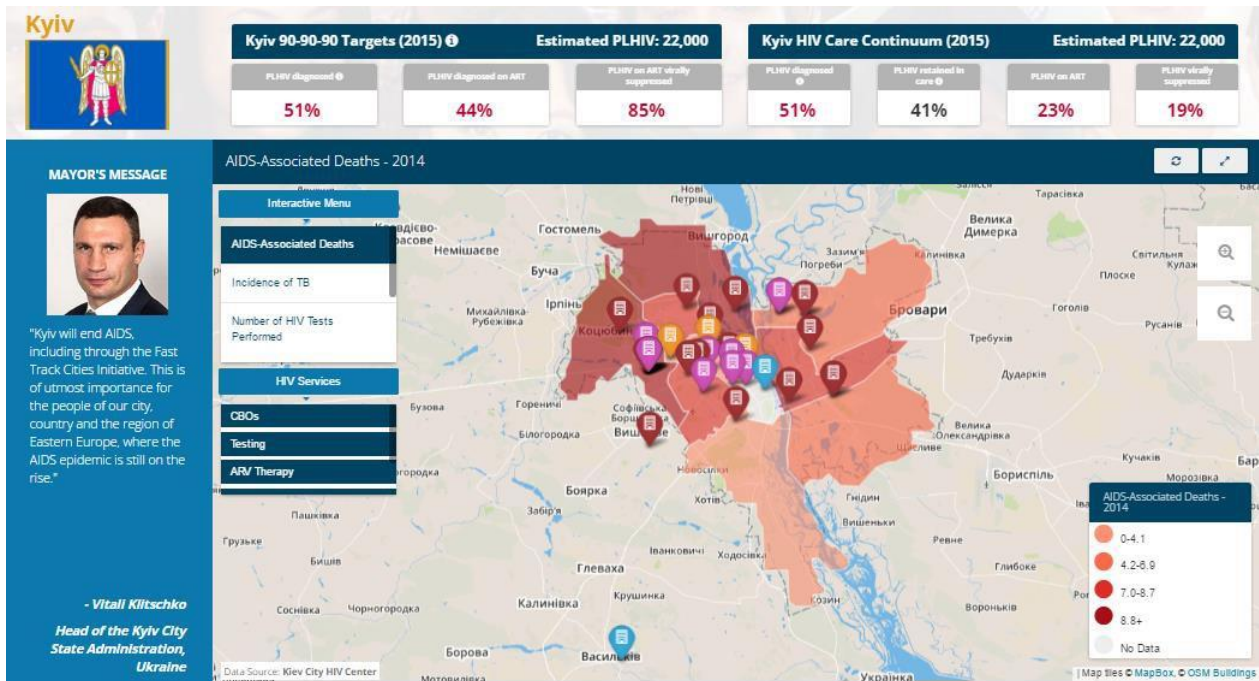


Figure 5. Kyiv City-Specific Dashboard Landing Page Visualizing Data and Mapping Services

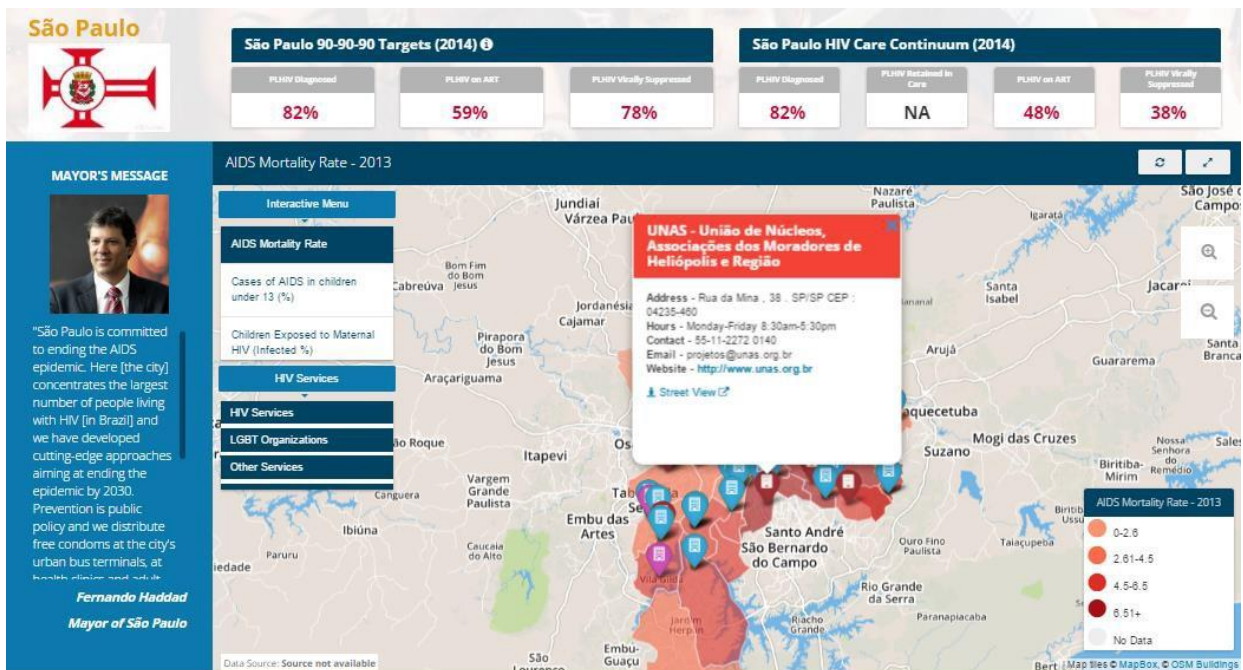


Figure 6. São Paulo City-Specific Dashboard Landing Page Visualizing Data and Mapping Services



Figure 7. State of Victoria (Melbourne) City-Specific Dashboard Visualizing HIV Care Continuum and other Data

The software platform also has the capacity to crowd-source data in real time, including push messaging via SMS and other modalities, through an iMonitor function. Data that can be mapped in real time include commodities stock-outs, outstanding or poor service, discriminatory or stigmatizing events, and GPS tracking of mobile services.

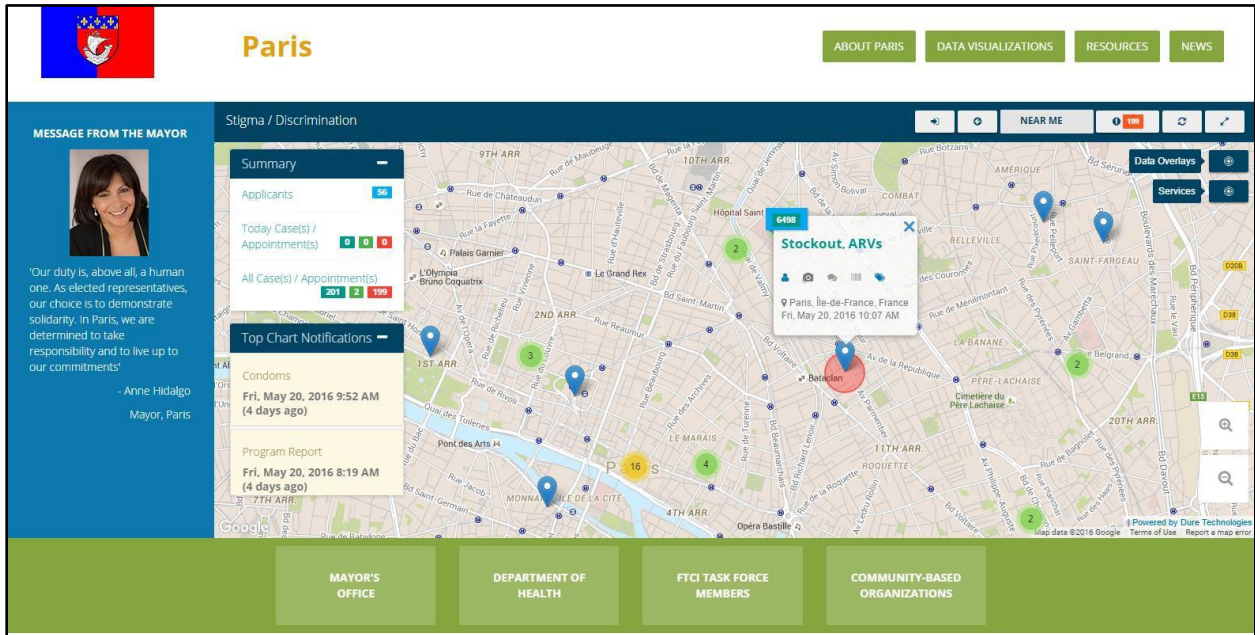


Figure 8. Paris City-Specific Dashboard with iMonitor Function to Report Stock-Outs, Discriminatory Events, etc.

Additionally, in support of the Sustainable Development Goals, the dashboard will facilitate mapping of social determinants of health data, including poverty, education, food security, and other indicators.

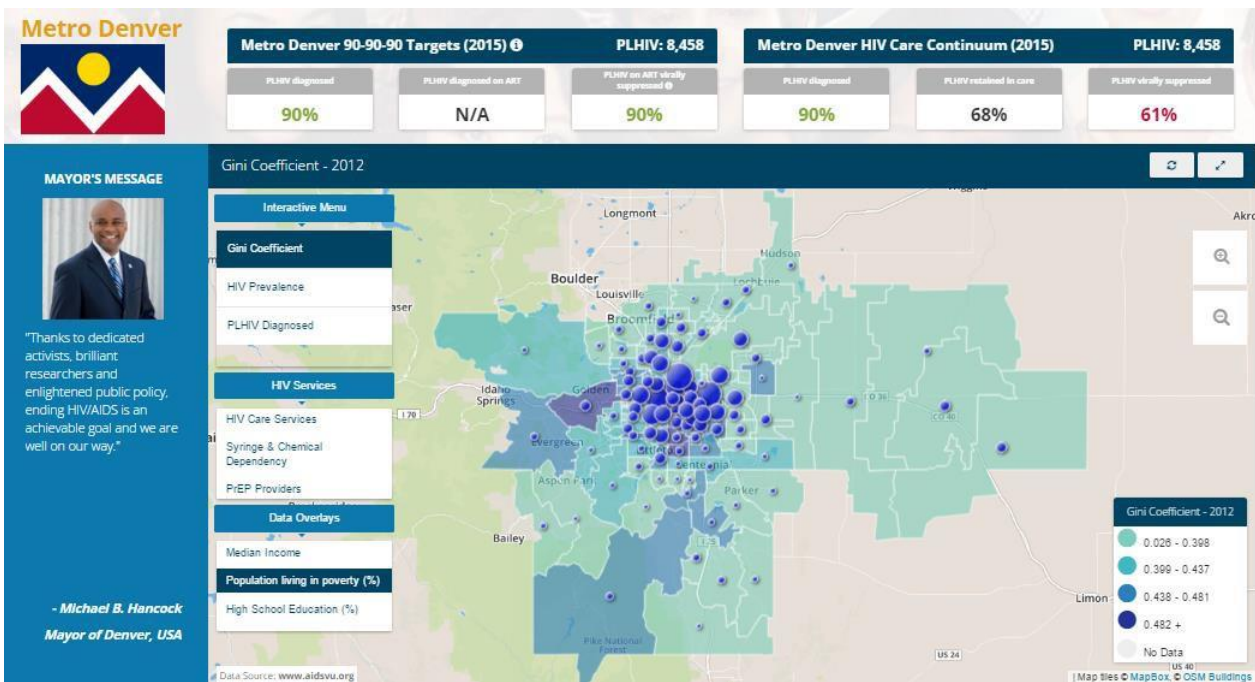


Figure 9. Denver City-Specific Dashboard Visualizing Income Data within the context of HIV Data



4.4. Definition/Metrics of Success

As part of the collaboration and consultative process, each Fast-Track City is encouraged to define and adopt metrics for success. While the initiative encourages flexibility, Fast-Track Cities must work within a 90-90-90 and zero discrimination and stigma framework that feeds into a certification process for progress in achieving the initiative's targets. Following is a proposed framework to serve as a starting point for discussions and consensus-building among Fast-Track City stakeholders and the larger initiative core, implementing, and technical partners group.

- **Stage 1: Sign the *Paris Declaration***
- **Stage 2: Achieve 90-90-90 by 2020 and mitigate discrimination and stigma.**

Cities may define success through other indicators such as:

- <5 cases of AIDS per 1,000 PLHIV
- <5% transmission maternal to child transmission
- **Stage 3: End AIDS as a public health threat by 2030:**
 - Ending AIDS deaths (<5 AIDS-related death per 1,000 PLHIV)
 - Demonstrated impact on mitigating discrimination and stigma
- **Stage 4: Urban HIV epidemic control (proposed)**
 - Achieving HIV epidemic control (new HIV infections fall below AIDS-related deaths)

5. COMMUNICATIONS STRATEGY

5.1. Marketing and Visibility

The initiative's success in maintaining forward momentum depends upon increasing the visibility of the initiative's progress and actively marketing this progress to Mayors, local health department officials, clinical and service providers, affected communities, and other key stakeholders to secure and maintain their engagement and support. The initiative provides supporting materials for the Mayor's team and others:

- Template press releases and media advisories
- Agenda's for Mayoral visits to key clinics
- Option to host Mayoral signing ceremony
- Template presentations for cities leadership
- Sample quarterly reports and newsletter articles
- Sample email blast to supporters and LISTSERV
- Sample Mayor's blogs and tweets
- Sample Facebook material



5.2. Information-Sharing

In addition to quarterly and annual reports, the initiative's progress, lessons learned, best practices, and data are shared among core, implementing, and technical partners and stakeholders through:

- Scientific conferences and peer-reviewed journals
- Regional cities-specific or -related conferences such as Mayor's conferences
- Side events and satellite meetings at international conferences such as IAPAC, Union TB meetings, national and international Mayor's meetings, and International AIDS Society conferences
- UN and UN agency consultation meetings, including UN General Assembly meetings
- Other relevant opportunities, as identified

6. RESOURCE MOBILIZATION

Most cities have a good sense for the local resources that are available to confront HIV. However, some Fast-Track Cities will need to inventory already available resources to better understand what is available and how they are being applied to reach the initiative's targets. Focusing on attaining the initiative's objectives should help cities and stakeholders to both focus and improve the efficient use of current local HIV funding. Focus and improving efficiency may also liberate additional resources to allocate towards optimizing the HIV care continuum to reach the 90-90-90 targets. In addition, although joining the Fast-Track Cities network does not garner direct financial support for Fast-Track Cities, IAPAC and its partners will support city-led efforts to mobilize resources from a variety of sources (e.g., international donors, foundations, local and international private corporate sector, etc.). On request, the initiative's core partners can provide technical support for resource mobilization efforts including:

- **Guidance for maximizing return on current budget.** The initiative's leadership works with Fast-Track Cities to set targets, assess local resources, mobilize local and international resources, and improve efficiency of financial and other resource allocation to maximize impact of the local AIDS response. In select Fast-Track Cities, the city-specific dashboards are also used as a platform for cities to perform complex analysis with scenario-building capabilities to identify gaps and set evidence based priorities for investment by potential donors/sponsors.
- **Joint fundraising activities.** On request, IAPAC works with Fast-Track City leadership to collaborate with local community-based organizations, governments, academic institutions, etc., to identify and jointly apply for funding from local, national, regional, and international donors/sponsors.
- **Local resource inventories.** IAPAC will provide templates for inventorying local resources for the HIV response including budgets, programs, and infrastructure such as human resources and facilities.
- **Resource mobilization proposal templates.** Fast-Track Cities can access generic grant proposal templates that can be adapted based on a city's differing needs and priorities to attain the initiative's targets. Additionally, IAPAC and the core partners facilitate unique funding opportunities for Fast-Track Cities whose programmatic priorities match donor interests.



7. How to Contact IAPAC

For additional information about the Fast-Track Cities initiative and/or to inquire about IAPAC technical assistance or support, contact Sindhu Ravishankar, MPhil, IAPAC Director of Fast-Track Cities, at sravishankar@iapac.org.

Acknowledgements

We would like to thank the IAPAC clinician KOLs and other partners who provided valuable input during the Fast-Track Cities Technical Implementation Strategy development process. We are especially grateful to Pedro Cahn, MD, PhD (Argentina); Elly Katabira, MD (Uganda); Jean William Pape, MD (Haiti); Praphan Phanuphak, MD, PhD (Thailand); Peter Riess, MD, PhD (Netherlands); and Allan E. Rodriguez, MD (USA) for their constructive comments that helped to ground the strategy based on regional context. It is important to note that the strategy will evolve over time with further inputs from core, implementing, and technical partners, as well as local health departments and city-specific stakeholders.