



Prevención de la infección por el VIH bajo **LA LUPA**

Un análisis desde la perspectiva
del sector de la salud
en América Latina y el Caribe

2017

Prevención de la infección por el VIH bajo **LA LUPA**

Un análisis desde la perspectiva del sector
de la salud en América Latina y el Caribe

2017

Washington, D.C., 2017



Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe.

ISBN: 978-92-75-31979-6

© 2017 Organización Panamericana de la Salud y

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe

Todos los derechos reservados. La publicación está disponible en el sitio web de la OPS en (www.paho.org) y ONUSIDA Latina (<http://onusidalac.org/1/>). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud, desde su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA; 2017.

Catalogación en la fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe (ONUSIDA), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS y/o ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y ONUSIDA han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o ONUSIDA podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

Prefacios	iv
Agradecimientos.....	viii
Acrónimos y siglas	ix
Resumen ejecutivo	x
¿Por qué este informe?	1
Metodología.....	5
Resultados.....	7
No se logró disminuir el número de nuevas infecciones por el VIH	7
No se ofrece el conjunto completo de intervenciones recomendadas para la prevención	12
Más personas acceden a la prevención del VIH con apoyo del Fondo Mundial	16
Acceso a la prueba del VIH.....	23
Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.....	29
Profilaxis preexposición.....	35
Profilaxis postexposición.....	39
Uso de preservativos y lubricantes	41
Superar las barreras estructurales.....	45
Financiación y sostenibilidad de la prevención de la infección por el VIH.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	57
Anexo.....	60

PREFACIO

Los países de América Latina y el Caribe se han comprometido a poner fin al sida para el 2030, un objetivo claro y a la vez ambicioso que marca el camino a seguir en esa región. Acabar con esta epidemia requiere poner especial énfasis en la prevención de la infección del VIH, y es en ese contexto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presenta esta publicación, *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa: Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe, 2017*, elaborada en estrecha colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y con importantes contribuciones de la sociedad civil.

En este informe se presentan los logros y los retos de los países en cuanto a la prevención de la infección por el VIH, y se destacan los avances que se han hecho hacia las metas establecidas por los gobiernos de la región para poner fin al sida en los próximos años. Esta edición llega en un momento especialmente relevante y oportuno dado que desde el 2010 el número de nuevos casos de VIH se ha mantenido constante en América Latina y el Caribe, sin mostrar el descenso necesario para lograr el fin de la epidemia.

Esta nueva edición continúa la exitosa serie de análisis en profundidad sobre la infección por el VIH en América Latina y el Caribe que comenzara en el 2012 con *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa*. En ella se abordan los distintos aspectos de la respuesta a la infección por el VIH desde una perspectiva de salud pública y se brinda información para guiar a los gobiernos y asociados

en la mejora de sus iniciativas. Esta edición se publica además en apoyo del *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* aprobado en el 2016 por los Estados Miembros de la OPS en el 55.º Consejo Directivo.

El marco de referencia de este informe ha sido el nuevo enfoque de la “prevención combinada de la infección por el VIH”, que abarca tanto las intervenciones biomédicas y la promoción de comportamientos saludables como diversos aspectos de los entornos propicios que son necesarios para llevar a la práctica las medidas de prevención.

El análisis y las recomendaciones que se brindan en este informe se centran principalmente en el sector de la salud y, en especial, en los tres grupos de población más afectados por la epidemia del VIH: las trabajadoras sexuales, las mujeres



transgénero y los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Esta publicación se basa en los datos informados por los programas nacionales de esta región y en la información proporcionada por la sociedad civil en más de doce países. Se han examinado diversos elementos de la respuesta del sector de la salud en cuanto a la prevención del VIH —como el acceso de los grupos de la población clave a las pruebas del VIH, al tratamiento antirretroviral, a la profilaxis previa y posterior a la exposición, y a los preservativos y lubricantes— con el propósito de analizar el progreso alcanzado en cuanto a las metas de prevención regionales.

Además, se aborda la sostenibilidad y se advierte sobre la dependencia de la región con respecto a los fondos internacionales para promover las actividades de prevención dirigidas a los grupos de población clave y los retos que esto entraña.

También se subraya el papel fundamental de la sociedad civil para asegurar una respuesta más eficaz al VIH, en especial con respecto a la prevención.

Esperamos que la información en esta publicación sea útil para todos, como participantes directos, en nuestras iniciativas mejoradas y coordinadas para reducir el número de nuevas infecciones por el VIH y poner fin al sida para el 2030.

Dra. Carissa F. Etienne, *Directora*

Organización Panamericana de la Salud

PREFACIO

El mundo ha evidenciado grandes cambios en la última década en relación con el VIH. Las muertes relacionadas con el sida han ido disminuyendo, en gran medida gracias a la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento del VIH. La cifra de nuevas infecciones por el VIH también ha descendido en muchos países en el mundo. Si bien son muy diversas las causas asociadas a esta disminución, es indudable que la terapia antirretroviral ha comenzado a contribuir disminuyendo la carga viral y, en consecuencia, el riesgo de transmisión del VIH. Este progreso ha estimulado el debate sobre la posibilidad de que las nuevas infecciones por el VIH cesen, algo inimaginable hace diez años.

Es posible que podamos reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en el mundo a menos de 500 000 para el año 2020, y a menos de 200 000 para el año 2030, lo que pondría fin a la epidemia del sida como amenaza para la salud pública. En comparación con una base de referencia del año 2010, estas cifras significarían una reducción del 75% en las nuevas infecciones por el VIH de aquí al año 2020 y del 90% para el año 2030. El logro de estos objetivos requerirá acciones de prevención del VIH específicas y de alto impacto, pruebas, tratamiento, programas contra la discriminación, y un compromiso inquebrantable con el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos.

Sin embargo, a pesar de estos importantes avances a nivel mundial, en América Latina y el Caribe las nuevas infecciones no han tenido mayor descenso e incluso han sufrido un repunte en el 2015 respecto al 2013 y 2014. Una alta incidencia del VIH persiste entre las poblaciones clave —especialmente entre los hombres que

tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres trans. Para reducir la incidencia, se deben fortalecer diversos elementos de prevención del VIH, paquetes de prevención combinada que ofrezcan diversas intervenciones de prevención de alto impacto del VIH con eficacia demostrada y adaptados a las epidemias locales.

La Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa es el resultado de un proceso de consulta multisectorial, que ha involucrado a los programas nacionales de sida de los países de la Región, a las agencias de cooperación internacional, a la sociedad civil y a las personas que viven VIH que han contribuido con sus conocimientos y experiencias. Con la valiosa información recolectada a través de diferentes fuentes, el documento presenta un análisis realizado de forma conjunta entre OPS/OMS, ONUSIDA y la sociedad civil sobre el estado de los esfuerzos de prevención del VIH y el progreso hacia el logro de las metas de prevención nacionales y regionales acordadas por los países de América Latina y el Caribe en el marco del Llamado a la Acción



de Rio de Janeiro de 2015. El informe presenta también ejemplos de intervenciones combinadas de prevención del VIH y plantea algunos desafíos comunes, como las inversiones inadecuadas, la resistencia a abordar las necesidades específicas de los jóvenes, adolescentes y de las poblaciones clave en relación con sus derechos sexuales y reproductivos, a la vez que ofrece recomendaciones para abordarlos.

El enfoque de prevención combinada descrito en este documento es fundamental. Los países deben volver a comprometerse con este tipo de planteamiento, examinar seriamente la importancia de focalizar las intervenciones, la necesidad de promover la combinación y la intensidad de sus programas para la prevención del VIH, así como mejorar el desempeño y aumentar el alcance.

El compromiso multisectorial, trabajar en estrecha colaboración con las comunidades y una inversión en prevención sostenible son fundamentales para plasmar los acuerdos regionales en acciones a nivel de país. Como demuestra esta publicación, es posible alcanzar las metas regionales

de prevención para implementar la Acción Acelerada a nivel regional, si se asegura el mayor retorno por cada dólar invertido, a través de una inversión eficiente bajo la premisa del enfoque de población-ubicación, ajustado a la realidad de cada epidemia. Una buena práctica son las exitosas intervenciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, focalizadas en los grupos de población clave, presentados en este documento.

No perdamos la oportunidad de poner fin a las nuevas infecciones por VIH, y así mejorar la vida de las personas de manera integral contribuyendo a la Agenda de Desarrollo Sostenible para el 2030. El sida no ha terminado, pero puede terminar. El informe *La prevención de la infección por el VIH bajo la lupa* será un excelente instrumento para ponernos en el camino correcto.

Dr. César Antonio Núñez, Director

Equipo de apoyo regional del ONUSIDA para América Latina y el Caribe

AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) agradecen la colaboración brindada por los jefes, coordinadores y directores de programas nacionales de VIH/sida e ITS de América Latina y el Caribe, los miembros de sus equipos, los representantes nacionales de los organismos del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil, en el proceso de recolección de datos y su activa participación en las consultas nacionales.

Este documento ha sido elaborado por Mónica Alonso González (OPS), Javier Hourcade Bellocq (consultor de la OPS), Maeve B. Mello (OPS) y Alejandra Corao (ONUSIDA). Se agradecen los aportes al documento y al proceso de recolección de información de Massimo Ghidinelli (OPS), Bertha Gómez (OPS), Chen-Ling Hsieh (OPS), Sandra Jones (OPS), Nuria Lopez Ruiz (Pasante de OPS), Rachel O'Reggio (Pasante de OPS), Diego Postigo (consultor del ONUSIDA), Pilar Ramón-Pardo (OPS), Giovanni Ravasi (OPS), Elizabeth Rodríguez (OPS), Mary Ann Seday (ONUSIDA) y Héctor Sucilla Pérez (ONUSIDA) y Marcelo Vila (OPS) y los puntos focales de la OPS sobre el VIH en los Estados Miembros. También a Nasim Farach de los Centros para el Control y la Prevención Enfermedades (CDC) y a los colegas de la Secretaría del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/Sida (PANCAP).

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ALC	América Latina y el Caribe
GAM	Monitoreo Global del Sida (por su sigla en inglés)
GARPR	Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (por su sigla en inglés)
HSB	hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
ITS	infecciones de transmisión sexual
MEGAS	medición del gasto en sida
MPPVS	mayor participación de las personas que viven con el VIH y el sida
PEP	profilaxis postexposición (por su sigla en inglés)
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida (por su sigla en inglés)
PrEP	profilaxis preexposición (por su sigla en inglés)
TAR	tratamiento antirretroviral
TS	trabajadoras sexuales



RESUMEN EJECUTIVO

Los gobiernos de América Latina y el Caribe (ALC) han adoptado el compromiso de poner fin a la epidemia de sida para el año 2030. Este compromiso está en consonancia con la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio del 2016 y, de manera más reciente, se han establecido metas específicas conexas en ALC para el 2020 y el 2030.

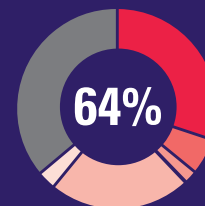
En este contexto, el objetivo de esta publicación es poner de relieve los esfuerzos y desafíos de la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en ALC mediante un análisis crítico de las medidas de prevención de la infección por el VIH adoptadas por el sector de la salud. En su elaboración se ha seguido un proceso participativo y multisectorial, compilando datos publicados y recogiendo datos adicionales por medio de cuestionarios y

consultas presenciales y virtuales. El análisis y las recomendaciones se centran en el sector de la salud y en tres grupos de población clave: las trabajadoras sexuales (TS), las mujeres trans, y los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Este informe cobra especial relevancia y urgencia puesto que en la actualidad el número de nuevos casos de VIH en ALC es el mismo que en el 2010, con aproximadamente 120 000 nuevas infecciones cada año, y que se estima que ha habido un aumento del número de nuevas infecciones entre el 2010 y el 2016 en los hombres adultos. Además, los jóvenes de 15 a 24 años de edad siguen representando en el 2016 un tercio del número total de personas con nuevas infecciones por el VIH.

Frente a este panorama, se promueve la adopción de un nuevo abordaje denominado “prevención

EL NÚMERO DE NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH ESTÁ LEJOS DE LA META



SIN CAMBIO: Del 2010 al 2016 el número de nuevas infecciones al año se mantuvo en 120 000.

La meta es una **REDUCCIÓN de 75%** para el 2020 frente al 2010.



de las **nuevas infecciones** ocurren en los grupos de población clave o sus parejas.

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- Trabajadoras sexuales (TS)
- Consumidores de drogas inyectables
- Clientes de trabajadores sexuales y parejas de población clave
- Mujeres transgénero
- Resto de la población

combinada” para reducir el número de nuevas infecciones. En él se combina el ámbito biomédico con el conductual y con intervenciones que promueven un entorno propicio para superar las barreras en el acceso a los servicios y a la prevención.

En ALC se ha avanzado en el diagnóstico de las personas que tienen VIH y que conocen su estado serológico. En el 2016, 81% [58%-89%] y 64% [51%-74%] de las personas con el VIH en América Latina y en el Caribe, respectivamente, conocían su estado serológico.

Sin embargo, aún se aprecia un retraso en el acceso al diagnóstico y a los servicios de atención de salud. Se estima que un tercio de los diagnósticos son tardíos, un indicador que no ha mejorado en los últimos tres años.

Actualmente, salvo Bahamas, ningún país ofrece un conjunto completo de intervenciones específicas

recomendadas por Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención de la infección del VIH. Por ejemplo, los datos muestran una oferta de profilaxis preexposición (PrEP) muy limitada en ALC, en especial para los grupos de población clave. Dos países más tienen previsto incorporarla a sus programas públicos nacionales, en el 2017 y otros siete están planificando proyectos piloto para implementarla.

En todos los países de ALC se ofrece la profilaxis postexposición (PEP) de acuerdo con dos de los tres criterios recomendados por la OMS. Solo un tercio de los países aplica también el criterio de proporcionar la profilaxis si una persona la necesita debido al riesgo de transmisión durante una relación sexual consentida.

Todos o casi todos los países proporcionan preservativos de forma gratuita a jóvenes, HSH, TS y mujeres trans, y la mayoría de los países informan

que también distribuyen lubricantes. El uso de preservativos en la relación sexual más reciente en HSH presenta una mediana regional de 63%; en el caso de las TS, de 80%, y en las mujeres trans, de 88%. Sin incrementos aparentes en comparación con la línea de base, aunque sí se ha fortalecido la disponibilidad de información en mujeres trans. De acuerdo con la información proporcionada por algunas personas clave de la sociedad civil, la cantidad de preservativos y lubricantes distribuidos en los grupos de población clave sigue siendo insuficiente para dar respuesta a sus necesidades, y se cree que su uso correcto y sistemático puede ser menor que los datos notificados. Asimismo, la sostenibilidad de esta intervención no está garantizada, dado que solo un tercio de los países informan que compran preservativos con recursos propios y en los países restantes se utilizan recursos que proceden en su mayor parte de dos donantes internacionales (el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y PEPFAR).

El diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es un aspecto esencial para prevenir la infección por el VIH. Los datos muestran un aumento de las ITS en los grupos de población clave en algunos países de ALC. Estos grupos continúan presentando una carga alta de sífilis, que va de 1% a 27% en el caso de los hombres gay y otros HSH y de 0,5% a 14% en TS. En este sentido, aunque 88% de los países refieren contar con guías de tratamiento para las ITS, en poco más de la mitad de ellas (59%) se siguen las recomendaciones de la OMS. Por otro lado, los datos indican un aumento en ALC de la resistencia del gonococo a los antimicrobianos, aunque solo 36% de los países cuenta con vigilancia sistemática de esta resistencia para fundamentar las decisiones de tratamiento. Por último, no todos los países (89%) consideran la sífilis activa como evento que debe notificarse, lo que es importante para detectar los brotes e implementar medidas para combatirlos.

La mayoría de los programas nacionales de VIH informan que se llevan a cabo actividades de capacitación y sensibilización en la atención a grupos de población clave. Sin embargo, no se monitorea la efectividad de dichos esfuerzos y en pocas ocasiones se involucra a la sociedad civil en los mismos. En ALC, la estigmatización y la discriminación siguen potenciando la epidemia del VIH, en particular en los grupos de población clave.

Como parte de las metas para eliminar el sida para el 2030, los gobiernos han adoptado varios compromisos, como destinar una cuarta parte del presupuesto total para el VIH a la prevención y asegurar que al menos 30% de la prestación de servicios esté a cargo de la comunidad. Sin embargo, asegurar la sostenibilidad del conjunto de intervenciones para los grupos de población clave y mantener una participación significativa de la sociedad civil sigue entrañando dificultades, ya que 82% (27 de 33) de los países de ALC dependen de fondos internacionales para implementar acciones de prevención en los grupos de población clave y solo 60% de los países (15 de 25) cuentan con recursos de su presupuesto nacional para financiar iniciativas de la sociedad civil. Asimismo, la provisión de servicios dirigida a la población clave, como parte de las redes integradas de salud, cuando existe, es limitada a pocas áreas urbanas, y muchos países no cuentan con servicios a cargo de la comunidad.

Una proporción muy significativa de personas de población clave accede a servicios de prevención gracias a la financiación del Fondo Mundial y otros donantes bilaterales como la cooperación procedente de Estados Unidos. Esto significa que es necesario planificar en detalle la transición hacia la sostenibilidad nacional de la prevención del VIH en los grupos de población clave y muestra el grado de dependencia financiera de un elevado número de países de ALC.

¿POR QUÉ ESTE INFORME?



En el 2016, se estimó que hubo unas 120 000 [98 000-140 000] infecciones nuevas por el VIH en América Latina y el Caribe (ALC). Desde el 2010, la disminución del número de nuevas infecciones se ha detenido y, de hecho, se estima que en doce países se ha incrementado (1). Estas cifras muestran un panorama en el que se está lejos de cumplir el compromiso establecido de una reducción de 75% de nuevas infecciones por el VIH para el 2020.

Para ayudar a los países a poner fin a la epidemia de sida para el 2030, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida (ONUSIDA) ha desarrollado un marco estratégico de trabajo denominado “Acción acelerada para poner fin al sida” (2). Aplicar este

enfoque supone establecer metas ambiciosas, incrementar significativamente la inversión actual y acelerar la prestación de servicios de alto impacto para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH. En la Asamblea Mundial de la Salud del 2016, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021*, en la que se define la manera en que el sector de la salud contribuirá al logro de estas metas para el 2030.

En el 2014, se adoptaron las metas 90-90-90 en ALC para garantizar la continuidad del tratamiento de la infección por el VIH. Se reconoce que se requiere un mayor número de medidas sinérgicas para revertir el aumento de

las nuevas infecciones por el VIH y poner fin a la epidemia de sida para el 2030. Por ello, ALC suscribió el marco conceptual de prevención combinada y las metas regionales de prevención del VIH en agosto del 2015 (3), en el Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe celebrado en Río de Janeiro (Brasil) (cuadro 1).

El objetivo de este informe es ayudar a los países a acelerar de forma urgente la mejora y expansión de la prevención de la infección por el VIH. Para

ello, se presenta un análisis crítico de las medidas de prevención de la infección adoptadas por el sector de la salud a fin de impulsar el diálogo las decisiones nacionales y locales. Este informe se centra principalmente en tres de los grupos de población clave de la Región: los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las trabajadoras sexuales (TS), y las mujeres trans.

CUADRO 1 Metas regionales de prevención de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe y situación en el 2016

Indicador	Valor basal (2010)	Valor actual (2016)	Metas (2020)	Metas (2030)
Reducción del número estimado de nuevas infecciones por el VIH	120 000	120 000	30 000 (Reducción del 75%)	12 000 (Reducción del 90%)
Reducción del número estimado de nuevas infecciones por el VIH en jóvenes (15-24 años)	41 000	39 000	10 000 (Reducción del 75%)	4 000 (Reducción del 90%)
Acceso a paquetes de prevención combinada: ^a porcentaje de hombres gay y otros HSH, mujeres trans y TS con acceso a programas de prevención combinada	TS: 76% HSH: 57%	***	90%	95%
Porcentaje de hombres gay y otros HSH, mujeres trans y TS que se realizaron una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen el resultado	TS: 65% HSH: 46% Mujeres trans: sin datos	TS: 65% HSH: 48% Mujeres trans: 75%	90%	95%
Porcentaje de TS que informan haber usado preservativos con su cliente más reciente y de hombres gay y otros HSH y mujeres trans en la relación sexual más reciente con una pareja masculina	TS: 93% HSH: 64% Mujeres trans: sin datos	TS: 80% HSH: 63% Mujeres trans: 88%	90%	95%
Número de países que llevan a cabo pruebas piloto sobre la PrEP como opción dentro de un paquete de prevención combinada del VIH*	2	7 países con proyectos planificados + 3 con programas públicos (a fines del 2017)	10	Redefinir meta tras pruebas piloto de PrEP

Fuente: Para los valores del 2016: ONUSIDA, estimaciones de Spectrum correspondientes al 2017 (cifras redondeadas).

Notas: Las metas subregionales de prevención pueden consultarse en el cuadro 1 del anexo.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. TS: trabajadoras sexuales; PrEP: profilaxis preexposición.

a Apropriados y adaptados al contexto local y cultural.

*** El indicador GARPR ha cambiado, por lo que actualmente no hay información disponible a nivel de país para medirlo.

¿Qué es la prevención combinada de la infección por el VIH?

La prevención combinada de la infección por el VIH es un abordaje para prevenir el VIH. Fue propuesta inicialmente por el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida (conocido como PEPFAR por su sigla en inglés) y, más tarde, en el 2009, el Grupo de Referencia del ONUSIDA sobre la Prevención de la infección por el VIH (4) lo adoptó y lo expandió. Años después se actualizó en el documento *Acción acelerada para la prevención combinada* (5).

El ONUSIDA define los programas de prevención combinada como aquellos que se basan en los derechos, la evidencia y la comunidad. Dichos programas plantean una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales cuyo propósito es responder a las necesidades de prevención del VIH de personas y comunidades concretas. El objetivo es reducir el número de nuevas infecciones mediante acciones que tengan un mayor impacto sostenido. Los programas de prevención combinada bien diseñados se deben adaptar a las necesidades nacionales y locales, de acuerdo a la información epidemiológica. Además deben concentrar los recursos en la combinación de acciones que se apliquen donde sean más necesarias. Las intervenciones estructurales permiten crear un entorno más propicio para la acción preventiva

El marco conceptual de prevención combinada

1. comprende un conjunto de **intervenciones biomédicas**, de promoción de **conductas saludables y estructurales**,
2. basado en la **evidencia** y los **derechos humanos**, y
3. enfocado en **satisfacer las necesidades de las personas y las comunidades**

Fuente: ONUSIDA. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioral and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS Discussion Paper. Ginebra, 2010.

sinérgica del componente biomédico y el comportamental. Las comunidades afectadas deben participar plenamente en estos programas movilizando recursos en el ámbito comunitario, el sector privado y el Gobierno para lograr la participación, la cobertura y la continuidad necesarias (*cuadro 2*).

En este contexto, la OMS ha recomendado algunas intervenciones esenciales del sector de la salud para responder al VIH dirigidas a la población clave, denominadas “**conjunto integral de intervenciones para los grupos de población clave**” (*cuadro 3*).

CUADRO 2 Las tres áreas del abordaje de la prevención combinada



Fuente: Adaptado de International HIV/AIDS Alliance. An advocacy brief for community led organizations, advancing combination HIV prevention, 2016. Disponible en: http://www.aidsalliance.org/assets/000/002/472/web_AllianceUnaided_Comb_prevention_original.pdf?1459762561

CUADRO 3 Conjunto integral de intervenciones de prevención de la infección por el VIH para los grupos de población clave según la Organización Mundial de la Salud, 2016

Intervenciones esenciales del sector de la salud	Estrategias esenciales para lograr un entorno favorable
<ol style="list-style-type: none"> 1. programas integrales de distribución de preservativos y lubricantes; 2. intervenciones para reducir los daños derivados del consumo de sustancias psicoactivas; 3. intervenciones sobre el comportamiento; 4. pruebas de detección del VIH y orientación subsecuente; 5. tratamiento y atención de la infección por el VIH; 6. prevención y tratamiento de las coinfecciones y otras comorbilidades, como las hepatitis virales, la tuberculosis y los problemas de salud mental; 7. intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. legislación propicia, compromiso político y financiero (como la despenalización de los comportamientos de los grupos de población clave); 2. abordaje de la estigmatización y la discriminación; 3. empoderamiento de la comunidad; 4. abordaje de la violencia contra las personas de los grupos de población clave.

Fuente: OMS. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2016 update. OMS: Ginebra; 2016.

METODOLOGÍA



Tomando como marco el abordaje de la prevención combinada y las intervenciones esenciales del sector de la salud para la prevención del VIH con énfasis en los grupos de población clave, las metas regionales de prevención y los indicadores que se informan a nivel internacional (GARPR/GAM), se ha seleccionado un conjunto de indicadores referidos a las siguientes áreas a los efectos del análisis en este informe:

- 1) número estimado de nuevas infecciones en el 2010 y en el 2016;
- 2) acceso a la prueba del VIH por HSH, TS y mujeres trans;
- 3) oferta de preservativos y lubricantes y uso de preservativos por HSH, TS y mujeres trans;
- 4) políticas y provisión de servicios de prevención de la infección del VIH;
- 5) financiación de la respuesta al sida y de la prevención del VIH de la sociedad civil;
- 6) situación de la PrEP, la PEP, la oferta del tratamiento antirretroviral (ARV) a todas las personas diagnosticadas con la infección por el VIH; oferta de preservativo; diagnóstico, tratamiento y monitoreo nacional de las ITS.

Además de los indicadores arriba mencionados, dada la gran importancia del componente estructural de la prevención combinada, se ha incluido un análisis resumido de este componente en ALC usando los ejes de revisión de leyes, políticas y prácticas, reducción de la estigmatización y la discriminación, empoderamiento comunitario y prevención de la violencia.

Fuentes de información

La fuente principal de información cuantitativa fueron los informes de país del proceso del monitoreo mundial del sida (GAM) del 2017.

Otras fuentes de información utilizadas fueron:

1. Las estimaciones de nuevas infecciones en el 2017 calculadas usando Spectrum del ONUSIDA.
2. Los informes de país en respuesta al cuestionario de prevención del VIH: veintiocho programas nacionales completaron un cuestionario sobre intervenciones del sector de la salud para la prevención del VIH, con el apoyo de los puntos focales de la OPS y el ONUSIDA.
3. Doce consultas nacionales presenciales y virtuales realizadas con representantes de los programas nacionales de VIH y de la sociedad civil: el objetivo fue reflexionar sobre la información cuantitativa y analizar aspectos cualitativos de la respuesta, como la participación significativa de la sociedad civil, las características de los servicios, las barreras estructurales y la manera de mejorar la oferta y demanda de servicios. Todos los países que participaron en las consultas recibieron una hoja informativa con un resumen de los datos recolectados del GAM antes de la misma.
4. Información sobre las intervenciones de prevención y su cobertura en los proyectos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
5. Otras publicaciones e informes pertinentes, como la encuesta de la OPS/OMS del 2017 sobre las personas LGBT titulado *Addressing the causes of disparities in health service access and utilization for lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) persons. Assessing the Health Situation and Access to Care for LGBT People in the Americas*.

RESULTADOS



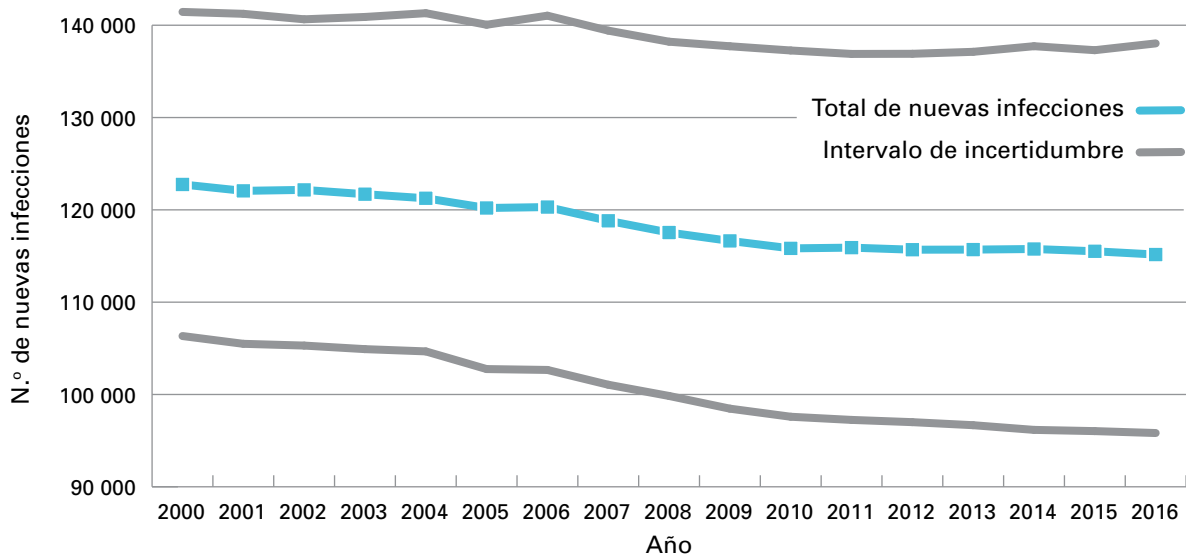
No se logró disminuir el número de nuevas infecciones por el VIH

Se estima que en el 2016 hubo unas **120 000** [98 000-140 000] nuevas infecciones por el VIH en ALC, lo que representa una cifra prácticamente invariable respecto al 2010.

El número estimado de nuevas infecciones por el VIH en ALC en los últimos 16 años ha registrado una tendencia descendente. No obstante, el número de nuevos casos se ha estancado desde el 2010 (con 120 000 nuevas infecciones en ese año), hasta que en el 2015 y el 2016 se registró nuevamente una ligera y mínima tendencia a la baja (*figura 1*). Estos datos indican que ALC no está en camino de cumplir las metas mundiales y regionales establecidas de reducir el número de nuevas infecciones por el VIH en 75% para el año 2020 (véase el [cuadro 1](#)).



FIGURA 1 Número estimado de nuevas infecciones por el VIH en América Latina y el Caribe, por año, 2000-2016



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum; 2017.

Nota: Las estimaciones se han redondeado.

Son pocos los países en los que el número de nuevas infecciones presenta una tendencia decreciente clara. Por ejemplo, se calcula que las nuevas infecciones han disminuido en Colombia, El Salvador, y Nicaragua desde el 2010. En muchos países la tendencia es estable o creciente (*cuadro 4*).

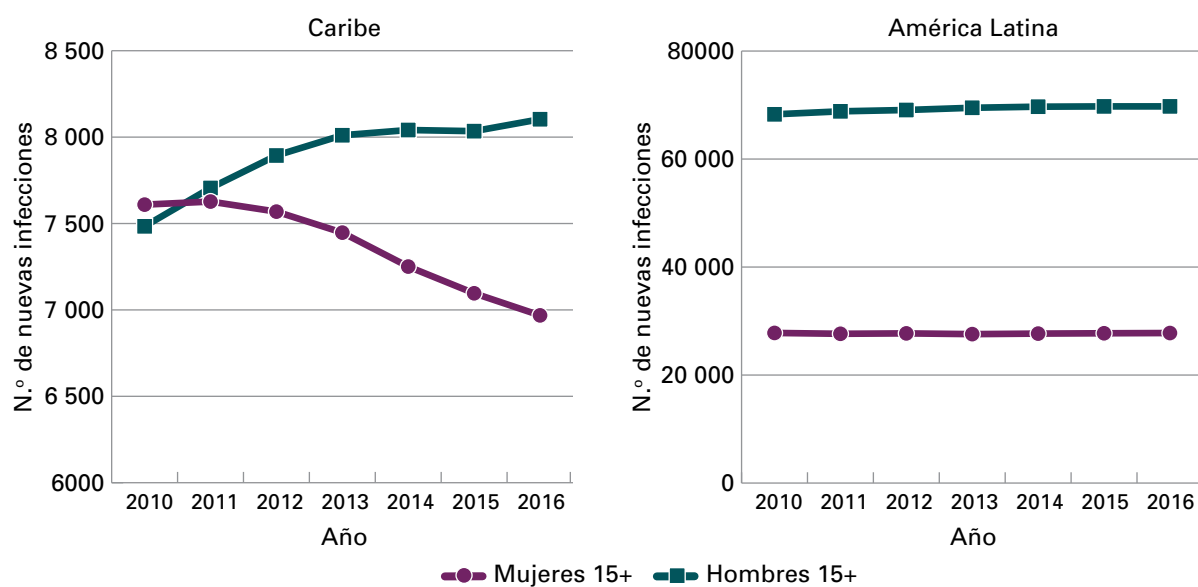
En los hombres mayores de 15 años se registró un aumento del número de nuevas infecciones en el Caribe (8%) entre el 2010 y el 2016 (*figura 2*), aunque en América Latina la tendencia se mantuvo relativamente estable (aumento de 2%). Asimismo, en el Caribe hubo una disminución del número

CUADRO 4 Países según la tendencia en las nuevas infecciones VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2016

Disminución de 10% o más	Menos de 10% de cambio		Incremento mayor al 10%
	Disminución menor	Incremento menor	
Colombia El Salvador Haití Nicaragua República Dominicana Trinidad y Tabago	Barbados México	Argentina Belice Brasil Panamá Paraguay	Chile Costa Rica Cuba Guatemala Guyana Honduras Suriname

Fuente: ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum; 2017.

FIGURA 2 Distribución del número estimado de nuevas infecciones por el VIH en mayores de 15 años de edad en América Latina y el Caribe, por sexo y año, 2010-2016



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum; 2017.

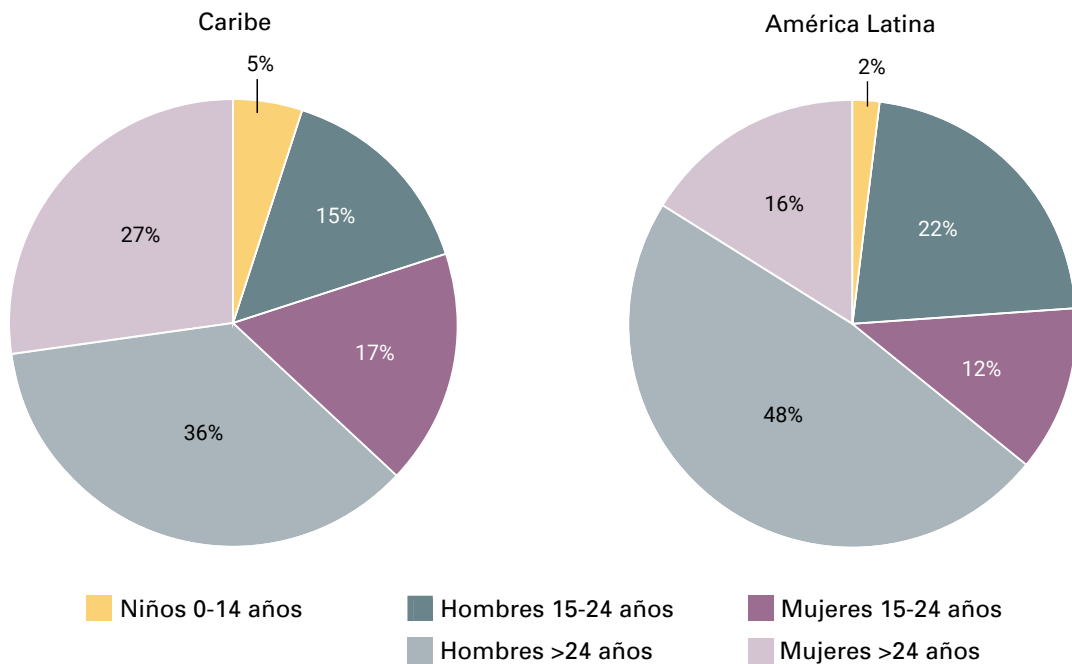
Los hombres mayores de 15 años representaron el 70% de las nuevas infecciones en América Latina y el 51% en el Caribe.

de nuevas infecciones en el grupo de las mujeres mayores de 15 años (descenso del 8%).

En el 2016, los hombres mayores de 15 años representaron el 70% de las nuevas infecciones en América Latina y el 51% en el Caribe. Cabe destacar que Haití es el único país del Caribe con mayor número de nuevas infecciones en mujeres (28% más que en el caso de los hombres).

Los hombres y las mujeres de 15 a 24 años de edad representan alrededor de un tercio del total de personas con infección nueva por el VIH tanto en América Latina como en el Caribe en el 2016 (figura 3). En este grupo etario en el Caribe las

FIGURA 3 Distribución de nuevas infecciones por el VIH en América Latina y el Caribe (%), por grupo etario, 2016



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum; 2017.

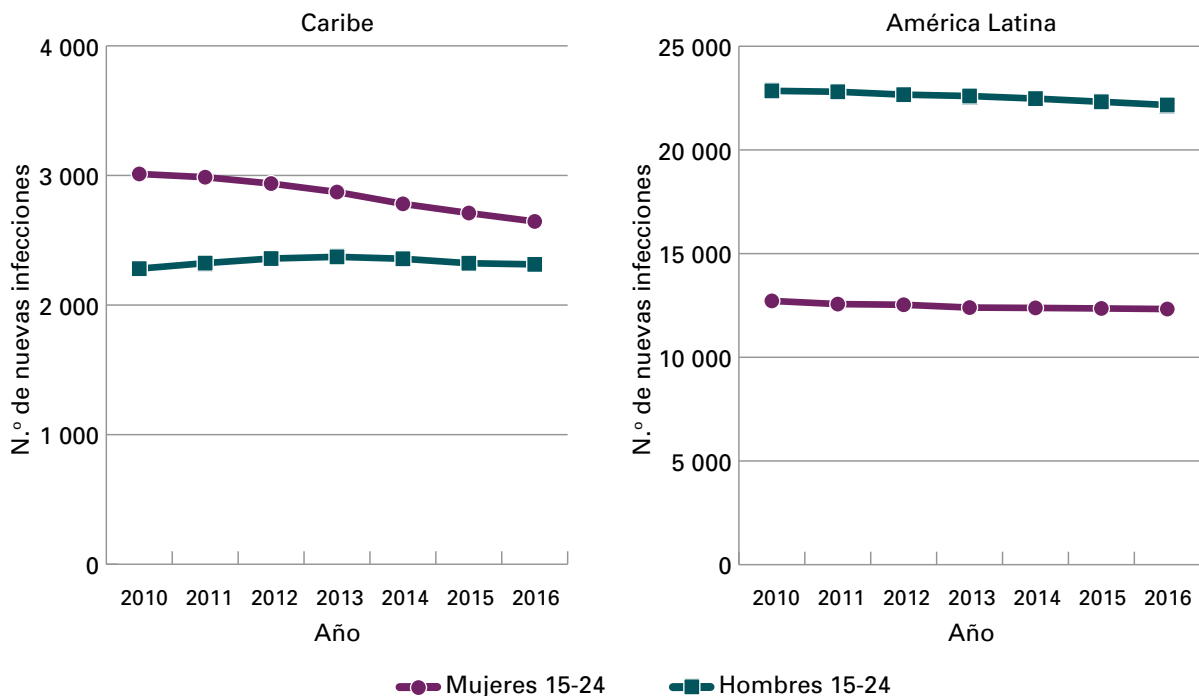
mujeres muestran un porcentaje ligeramente mayor que los hombres, mientras que en América Latina los hombres representan dos tercios de las nuevas infecciones.

El número de nuevas infecciones en los jóvenes no ha disminuido al ritmo esperado

Se ha fijado la meta regional de reducir en 75% las nuevas infecciones en jóvenes para el 2020. Sin embargo, en los seis últimos años se ha registrado solo una reducción de 5% de las nuevas infecciones por el VIH en la población

de 15 a 24 años de edad en ALC (3% en los hombres y 5% en las mujeres) (*cuadro 1*). El número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes del Caribe (15-24 años) ha disminuido 10% entre el 2010 y el 2016. En el caso de los hombres de 15 a 24 años, este porcentaje se ha mantenido estable (con un aumento de cerca del 1%) en el mismo período (*figura 4*).

FIGURA 4 Nuevas infecciones estimadas en la población de 15 a 24 años en América Latina y el Caribe, 2010-2016



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum; 2017.



No se ofrece el conjunto completo de intervenciones recomendadas para la prevención

Para satisfacer las necesidades de prevención del VIH de las personas y comunidades, los gobiernos deben aprovechar al máximo las intervenciones de alto impacto cuya eficacia se apoye en la evidencia y que estén basadas en los derechos y las necesidades esenciales de cada comunidad. Deben ofrecer una gama de servicios, que se utilizarán según las necesidades y situación particular de cada persona. Las intervenciones, enfocadas en los grupos de población clave mencionados anteriormente,^a incluyen:

1. prueba del VIH y orientación conexas;
2. diagnóstico y tratamiento de las ITS;
3. PrEP;
4. PEP;
5. distribución de preservativos y lubricantes;
6. tratamiento con ARV para todos (independientemente de la cifra de CD4 o del estadio clínico de la infección);^b

^a Los grupos de población clave considerados en esta publicación son las trabajadoras sexuales, los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y las mujeres trans.

^b La OMS recomienda iniciar el tratamiento antirretroviral en todos los adultos con VIH independientemente de su estadio clínico o nivel de CD4 (recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia). La oferta de tratamiento para todos siguiendo esta recomendación es lo que llamaremos en este documento como "tratamiento antirretroviral para todos".

7. actividades de extensión comunitaria a cargo de pares;
8. información y educación sobre salud sexual.

Los programas nacionales y las organizaciones de la sociedad civil emplean un conjunto de intervenciones variadas, que no necesariamente están estandarizadas. El porcentaje de países que afirman contar con políticas para la provisión pública de las intervenciones mencionadas antes es elevado en el caso de los servicios de prueba del VIH y la orientación conexas, los servicios de diagnóstico y tratamiento de las ITS, la educación sexual y provisión de preservativos. Sin embargo, hay deficiencias en las políticas públicas para la implementación de otros servicios, como la PEP para grupos de población clave, y la PrEP y el tratamiento ARV para todos independiente de la cifra de CD4 (*cuadro 5*).

Con la excepción de Bahamas, ningún país ofrece todas las intervenciones específicas recomendadas para ALC y para todos los grupos de población clave, aunque está previsto que a finales del 2017, Brasil cuente con todas las intervenciones de prevención combinada cuando comience su programa de PrEP en el sector público de salud. Asimismo, Barbados está comenzando un programa

CUADRO 5 Porcentaje de países con políticas públicas para la provisión de los servicios recomendados por la OMS para la prevención del VIH, por población clave de la población y servicios seleccionados

Servicio o intervención	HSH (%)	TS (%)	Mujeres trans (%)
Prueba del VIH y orientación conexas	100	97	94
Diagnóstico y tratamiento de las ITS	90	91	84
PrEP	6	6	6
PEP	39	39	39
Preservativos	100	96	81
Lubricantes	89	89	83
Tratamiento ARV para todos	45	45	45
Actividades de extensión comunitaria a cargo de pares	89	86	83
Información y educación salud sexual	100	96	91

Fuente: OPS. Respuestas de país a *Encuesta de prevención del VIH*, mayo del 2017.

Nota: Porcentajes basados en la respuesta de 31 o 33 países a julio del 2017.

ARV: antirretrovirales; HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; PrEP: profilaxis preexposición; PEP: profilaxis postexposición; TS: trabajadoras sexuales.

público de PrEP inicialmente a pequeña escala y Bahamas tiene planes de mejorar la expansión del PrEP. La existencia de políticas públicas que ofrezcan las intervenciones de prevención

combinada y otros servicios relacionados es el primer paso para asegurar el acceso (en capítulos posteriores se analiza la cobertura de los servicios y las barreras de acceso a ellos).

Actividades de extensión comunitaria a cargo de pares.

La mayoría de los países ofrecen intervenciones de extensión comunitaria por pares, al igual que información y educación sobre salud sexual. Las intervenciones de extensión comunitaria por pares están a cargo, sobre todo, de organizaciones no gubernamentales que trabajan con los grupos de población clave, dentro y fuera de los servicios de salud.



INTERVENCIONES ESENCIALES

del sector salud para la prevención de la infección por el VIH



Prueba del VIH y orientación conexas. Casi todos los países ofrecen la prueba del VIH dirigida específicamente a los grupos de población clave. Algunos países no cuentan con servicios específicos para estos grupos, por ejemplo, San Vicente y las Granadinas no dispone de intervenciones con prueba dirigida específicamente a las TS ni las mujeres trans, y Haití no ofrece la prueba dirigida a las mujeres trans (forman parte de los paquetes de servicios para HSH).^c Respecto a la prueba del VIH autoadministrada, 5 de 32 países (19%) indicaron tenerla disponible en el territorio nacional; sin embargo, hasta el momento, Brasil es el país más avanzado trabajando para que este tipo de estrategia forme parte de las políticas y planes nacionales; y por ahora la financiación de la prueba autoadministrada en todos los países está a cargo enteramente del usuario (gasto de bolsillo).



Diagnóstico y tratamiento de las ITS. El porcentaje de países con políticas públicas que promueven estos servicios es elevado. Sin embargo, los datos cuantitativos y cualitativos y las observaciones de campo han permitido constatar que la cobertura de aplicación de las recomendaciones de la OMS de tamizaje sistemático de las ITS en los grupos de población clave no se aplica en todos ellos. Por ejemplo, se ha observado la pérdida de oportunidades y la falta de integración de servicios, pues 35% de los países (10/26) indican que no ofrecen prueba de sífilis o de otras ITS cuando se ofrece la prueba de VIH a los grupos de población clave.



PrEP. La oferta de PrEP para los grupos de población clave es muy limitada. La meta regional de PrEP es de diez proyectos piloto para el 2020. Pronto se superará dicha meta, ya que para fines del 2017 tres países tienen previsto incorporarla a sus programas públicos nacionales o expandirla (en el caso de Bahamas), y otros siete están planificando proyectos piloto para implementarla (véase la sección sobre PrEP más adelante). Se ha acordado revisar la meta regional antes del 2020 y establecer una meta más ambiciosa, según los progresos en ALC y las recomendaciones de la OMS al respecto.



PEP. Todos los países ofrecen la PEP: a) en caso de accidente laboral u ocupacional con fuente positiva o desconocida, y b) en casos de violencia sexual. La OMS recomienda ofrecerla también en caso de riesgo por relación sexual consentida con una pareja sexual de serología desconocida o positiva (6), pero solo 39% de los países ofrecen PEP en este tercer caso.

^c En algunos países, aunque no se informe contar con servicios para personas trans, esto no necesariamente significa que no existan, sino que la información sobre este grupo se encuentra subsumida en la categoría de los HSH.

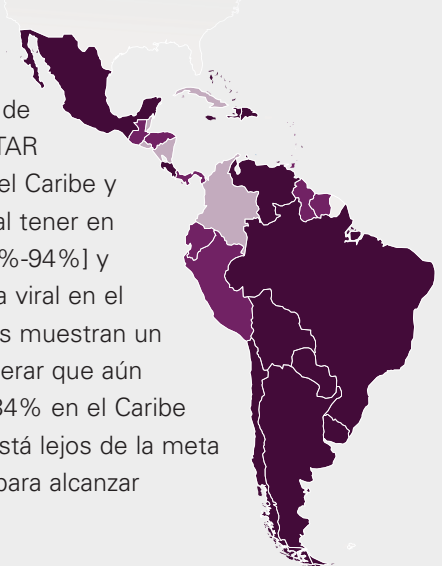


Distribución de preservativos y lubricantes. La mayoría de países informan que distribuyen preservativos a todos los grupos de población clave, a excepción de Belice, Cuba, El Salvador, Haití, Santa Lucía y Trinidad y Tabago en el caso de las mujeres trans y Costa Rica en el caso de las TS (como se ha indicado antes, los servicios para mujeres trans se proporcionan dentro de los servicios dirigidos a los HSH). En ocasiones no se distribuyen lubricantes, como en el caso, por ejemplo, de tres países que no los proporcionan con los preservativos para los HSH o las mujeres trans, y de otros dos para el grupo de las TS. Con respecto al reparto de preservativos para el público general o los jóvenes, son más los países que no reparten lubricantes (30%; 8 de 26 países que presentaron información). El uso correcto y sistemático de preservativos y lubricantes compatibles se recomienda en el caso de todos los grupos de población clave (recomendación firme de la OMS) (7). Como se indica más adelante (en el apartado específico sobre los preservativos), a pesar de que haya políticas públicas de distribución gratuita de preservativos y lubricantes, en muchas ocasiones no son suficientes para cubrir las necesidades de los grupos de población clave.



Tratamiento antirretroviral (TAR) para todos. Aproximadamente la mitad de los países (15/33) de ALC refieren haber adoptado la recomendación de la OMS de ofrecer el tratamiento a todas las personas con infección por el VIH, independientemente de su recuento de CD4, y 39% (13/33) están planificando la adopción de este criterio terapéutico. El tratamiento temprano del VIH mejora la calidad de vida del paciente y es una oportunidad para prevenir la transmisión, dado que una persona con una carga viral indetectable tiene una probabilidad mínima de transmitir el virus (8). Casi 1,2 millones de personas (162 000 en el Caribe y más de 1 millón en América Latina) han recibido TAR en ALC durante el 2016, lo que representa 100 000 personas más que en el 2015. Con respecto al total de personas con el VIH en el 2016, las personas que recibieron TAR representan 52% [41%-60%] de las personas con el VIH en el Caribe y 58% [42%-72%] en América Latina. Sin embargo, es esencial tener en cuenta la supresión de la carga viral. En el 2016, en 81% [64%-94%] y 72% [52%-89%] de las personas en TAR se suprimió la carga viral en el Caribe y América Latina, respectivamente. Si bien estas cifras muestran un cierto éxito de los programas de tratamiento, hay que considerar que aún representan menos de la mitad de las personas con el VIH (34% en el Caribe y 46% en América Latina con carga viral suprimida), lo que está lejos de la meta de supresión de carga viral comunitaria (del 72%) necesaria para alcanzar un control epidémico y las metas 90-90-90.

- Tratamiento para todos independientemente del recuento de CD4
- Tratamiento para todos (planificación)
- < 500 células CD4/mm³





Más personas acceden a la prevención del VIH con apoyo del Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria financia intervenciones que forman parte de la respuesta nacional al VIH en 18 países de ALC (en 17 de ellos, destinados a alguno de los grupos de población clave). También aporta fondos para subvenciones regionales, incluida la destinada a la prevención en los grupos de población clave en las islas orientales del Caribe. En los últimos años, el Fondo Mundial ha pedido a los solicitantes de países con epidemias concentradas que centren sus solicitudes en intervenciones eficaces para la prevención en los grupos de población clave.^d

De los 17 países que cuentan con subvenciones para la prevención del VIH en los grupos de población clave, todos disponen de fondos para realizar las intervenciones en los HSH; 14 de ellos disponen de fondos para las mujeres trans y 12, para las TS. Tres países (Belice, Guyana y Haití) no disponen de programas para prevenir el VIH en las mujeres trans, aunque este grupo accede a dichas intervenciones a través de las intervenciones para los HSH. Cuatro países (Belice, Bolivia, Colombia y Perú) financian los servicios y las intervenciones dirigidas a las TS con fondos nacionales.

Las intervenciones en las que el Fondo Mundial invierte incluyen los llamados paquetes de

prevención. En todos los casos y para todos los grupos poblacionales, estos paquetes incluyen preservativos masculinos en diferentes cantidades, y los materiales que se entregan durante las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento. Cuatro de cada cinco subvenciones incluyen también lubricantes.

En el caso de las solicitudes recientes, todos los países han tenido que fijar las metas de población que deben alcanzar al finalizar el periodo de la subvención. A partir de las estimaciones nacionales del tamaño de cada uno de los grupos de población clave, de la experiencia de trabajo con los distintos grupos, de su capacidad instalada y de la posibilidad de ampliar las intervenciones en el plazo de implementación del programa, los países han señalado en las notas conceptuales el número de personas de los grupos de población clave que consideran factible alcanzar del total de la población (*cuadro 6 y cuadro 2 del anexo*).

Con respecto a las metas establecidas sobre el porcentaje de población que es factible alcanzar^e, incluso si todos los programas se implementasen correctamente, ninguna de las tres subregiones alcanzaría 70% de la población de HSH con paquetes de prevención del VIH. En el caso de las mujeres trans y de las TS, ninguna de las tres subregiones logrará alcanzar, en promedio, más del

^d Toda la información que se analiza en esta sección se ha extraído de los informes *Grant Performance Report*, que el Fondo Mundial publica en su página web y actualiza semestralmente con los resultados de la discusión sobre el monitoreo de cada una de las subvenciones con los países.

^e Para el ciclo de implementación del 2014 al 2018.

CUADRO 6 Porcentaje de los grupos de población clave que cada país de ALC define como alcanzable, meta respecto del total estimado y meta como porcentaje de las personas alcanzables

	HSH			Mujeres trans			TS		
	Porcentaje factible de alcanzar del total estimado	Meta como porcentaje del total estimado	Meta como porcentaje de la población alcanzable	Porcentaje factible de alcanzar del total estimado	Meta como porcentaje del total estimado	Meta como porcentaje de la población alcanzable	Porcentaje factible de alcanzar del total estimado	Meta como porcentaje del total estimado	Meta como porcentaje de la población alcanzable
Belice	n/d	n/d	27%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Bolivia	89%	31%	36%	143%	80%	56%	n/a	n/a	n/a
Colombia	28%	17%	60%	28%	13%	45%	n/a	n/a	n/a
Costa Rica	87%	23%	26%	n/d	n/d	81%	n/a	n/a	n/a
Cuba	74%	70%	94%	85%	82%	97%	23%	19%	81%
Ecuador	68%	64%	95%	156%	144%	92%	n/d	n/d	n/d
El Salvador	31%	26%	82%	100%	77%	77%	30%	24%	80%
Guatemala	91%	16%	18%	101%	77%	76%	72%	44%	61%
Guyana	100%	90%	90%	n/a	n/a	n/a	100%	92%	92%
Haití	99%	33%	33%	n/a	n/a	n/a	160%	143%	90%
Honduras	100%	70%	70%	100%	70%	70%	100%	60%	60%
Jamaica	80%	42%	53%	n/d	n/d	57%	102%	60%	58%
Nicaragua	75%	60%	80%	79%	57%	73%	84%	70%	83%
Panamá	108%	60%	55%	108%	59%	55%	108%	45%	41%
Paraguay	84%	49%	59%	74%	59%	80%	97%	68%	70%
Perú	96%	43%	45%	96%	43%	45%	n/a	n/a	n/a
República Dominicana	106%	64%	61%	44%	38%	87%	100%	61%	61%

Nota: Ciclo de financiación 2014-2017.

HSH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; TS: trabajadoras sexuales; n/a: no aplicable; n/d: no disponible.

80% de las mujeres trans o TS con los paquetes de prevención (*figura 5*).

Los 17 países tienen una población estimada de 1 158 055 HSH que es factible alcanzar con programas de prevención del VIH, que suponen 68% del total de 1 712 619 HSH estimados.^f De ellos, a diciembre del 2016 se ha alcanzado con paquetes de prevención, según cada subvención del FM, a 448 900, o 38%. A 197 163 (17%) se les ha ofrecido y realizado la prueba del VIH.

En cuanto a la población de mujeres trans, de 78 708 factibles de ser alcanzadas (83% del total de las 94 522 trans estimadas),^g en los 14 países con subvenciones para este grupo, se ha llegado a 33%

de ellas (25 568) con paquetes de prevención, y a 16% con la prueba de VIH.

De las 341 016 TS a quienes es factible alcanzar en los 12 países, 216 697 (63%) accedieron a servicios de prevención y 42% se sometieron a la prueba del VIH.

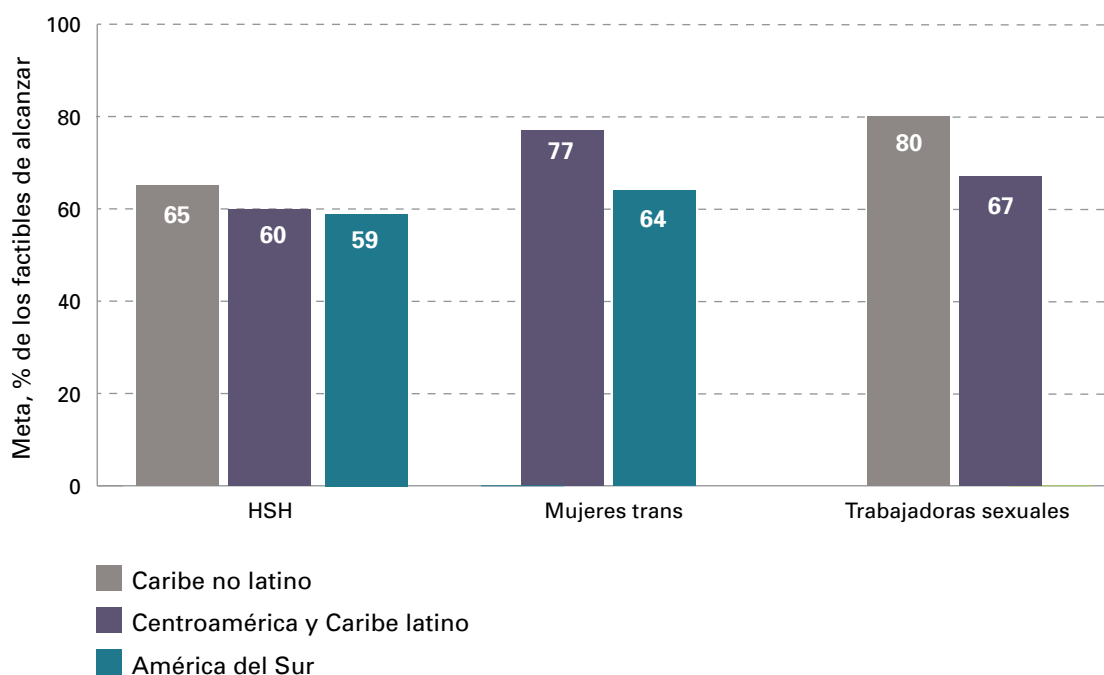
Si se analizan estos datos por subregiones, se observa que los países del Caribe no latino consideran que es factible llegar a prácticamente la totalidad de su población de HSH con paquetes de prevención, aunque solo se hayan marcado una meta de 39% de dicha población como objetivo a alcanzar con subvenciones del Fondo Mundial. No obstante, lograron llegar hasta 63% del total, a diciembre del 2016 (*figura 6*).

De forma similar, en el caso de las mujeres trans, el Caribe latino y Centroamérica son las subregiones en las que se consideró que es posible llegar a un

^f Belice no cuenta con estimación del tamaño de población de HSH.

^g Costa Rica, Cuba y Jamaica no informan un número estimado de la población de personas trans en el GAM en el 2016.

FIGURA 5 Porcentaje de cada grupo de población clave que se establece como meta, de los que son factibles de alcanzar, por subregión, ciclo de financiación 2014-2018



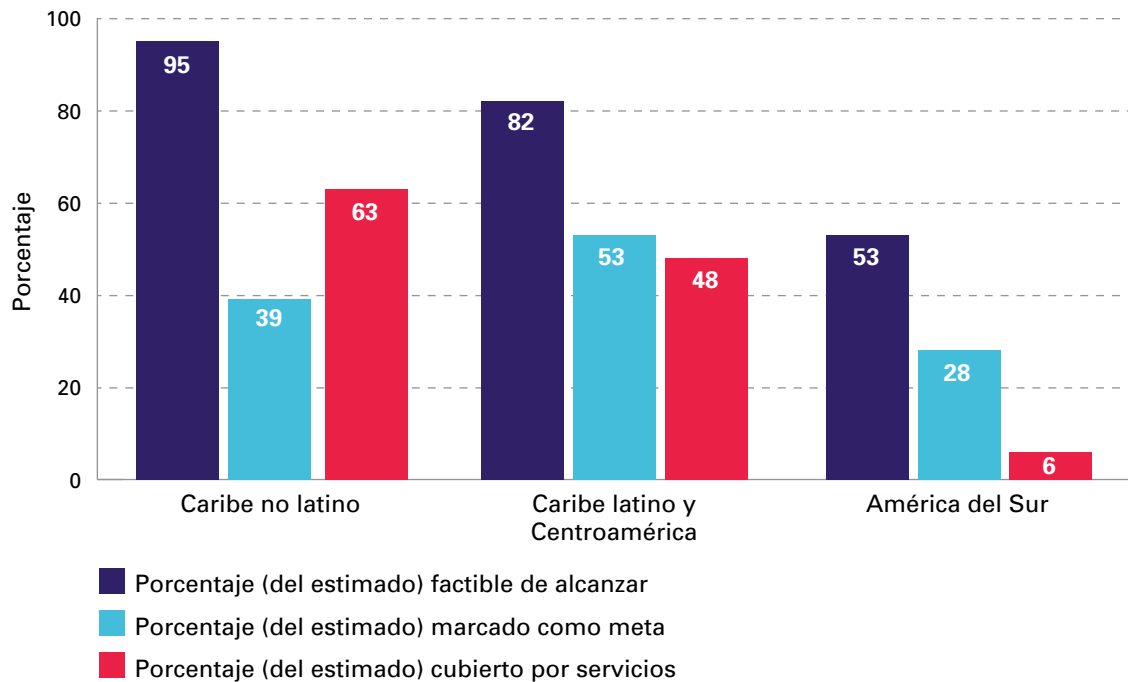
Nota: Solo intervenciones financiadas por el Fondo Mundial. No hay datos para mujeres trans en el Caribe no latino porque solo un país tiene una subvención específica para este grupo, los restantes países las incluyen dentro de la población de HSH. No hay promedio para trabajadoras sexuales en América del Sur porque solo hay dos países con una subvención para esta población y solo uno cuenta con datos.



© Joshua E. Cogan

Una proporción significativa de personas accede a acciones de prevención del VIH gracias a la financiación del Fondo Mundial. Es necesario planificar una transición hacia la sostenibilidad nacional de las medidas de prevención del VIH en tres de cada cuatro países.

FIGURA 6 Cascada de programación de servicios de prevención en la población HSH, por subregión, ciclo de programación 2014-2017



porcentaje mayor (79%) de la población estimada con paquetes de prevención. Su meta supone 62% del total, y a diciembre del 2016 se ha llegado a 56% del total (figura 7).

En cuanto a la población de TS (figura 8), las estimaciones del tamaño de población que informa el Caribe no latino parecen conservadoras. Esto se debe a que la población susceptible de alcanzarse indicada en las subvenciones del Fondo Mundial la supera en casi 50%. La meta es 124% del total y a diciembre del 2016 se han alcanzado 132%.

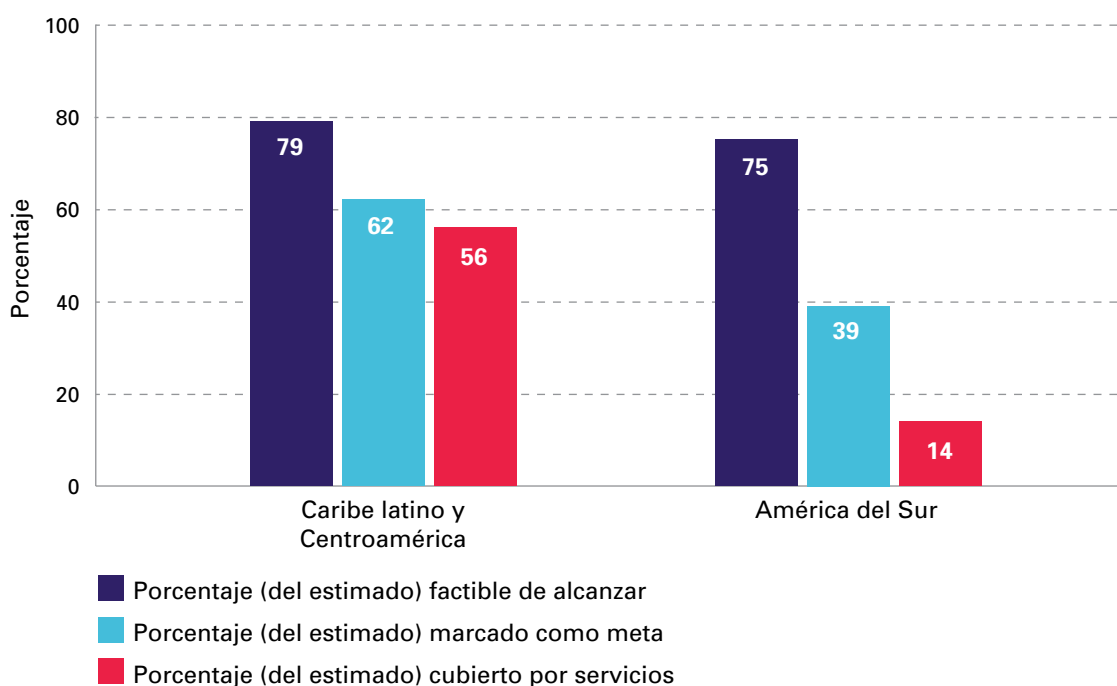
Las cascadas de programación de servicios (figuras 6 a 8) muestran, por un lado, la variabilidad en las estimaciones del tamaño poblacional entre subregiones, en la población que es factible alcanzar,

en las metas y en la cobertura alcanzada por esos servicios. Las razones de estas diferencias pueden ser:

- la propia debilidad en las estimaciones de tamaño poblacional;
- las aportaciones de otros donantes o de recursos nacionales para cubrir los porcentajes que faltan de estos grupos poblacionales;
- las diferencias en el tiempo de implementación del proyecto, que hacen que varíe la cobertura alcanzada.^h

^h El nuevo modelo de financiamiento cubre un ciclo que comenzó en el 2014 y concluye en el 2018. Dado que son programas de tres años, no todos los países se encuentran en el mismo momento del ciclo de implementación y esto influye en los valores de cobertura alcanzada.

FIGURA 7 Cascada de programación de servicios de prevención en la población de mujeres trans, por subregión, ciclo de programación 2014-2017



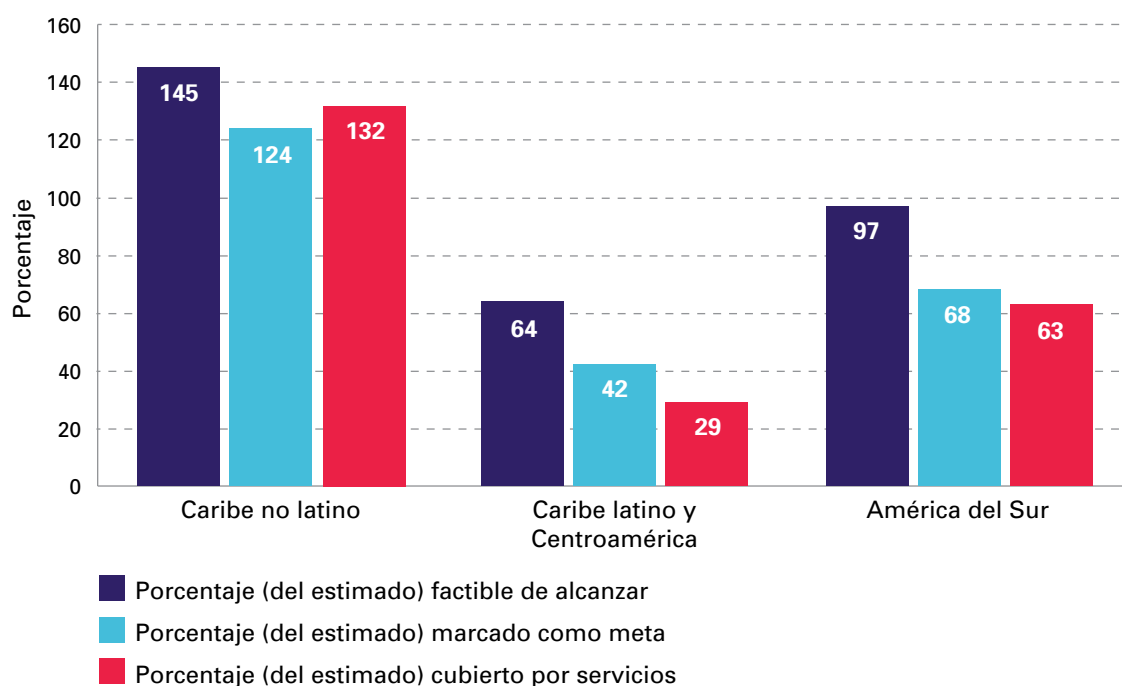
Nota: En el Caribe no latino, solo Jamaica las ha incluido en su subvención de manera individualizada. No obstante, al no contarse con la estimación del tamaño de población, no es posible realizar el cálculo de los porcentajes.

Por otro lado, estas cascadas ponen en evidencia la dependencia de los fondos internacionales que tienen los países para poder ofrecer servicios de prevención del VIH a los grupos de población clave.

El porcentaje de personas de los tres grupos de población clave alcanzado con paquetes de prevención del VIH en los distintos países varía de forma considerable (figuras 6 a 8). Sin embargo, se puede concluir que una proporción muy significativa de las personas de los grupos de población clave de todos los países accede a acciones de prevención del VIH gracias a la financiación del Fondo Mundial. Esta situación muestra que es necesario planificar una transición hacia la sostenibilidad nacional de las medidas de prevención del VIH en tres de cada cuatro países de ALC.

Otro ejemplo de servicios eficaces dirigidos a grupos de población clave es el impulsado por los países de Centroamérica con el apoyo de la cooperación bilateral de Estados Unidos. Gracias a la Estrategia de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), los servicios de prevención del VIH se han centrado en las necesidades de los grupos de población clave de la subregión centroamericana.

FIGURA 8 Cascada de programación de servicios de prevención en la población de TS, por subregión, ciclo de programación 2014-2017



Experiencia adquirida tras la puesta en marcha de intervenciones para prevenir las ITS y el VIH en los grupos de población clave en Centroamérica por medio de la estrategia VICITS

La estrategia VICITS es una estrategia de prevención combinada para grupos de población clave que ofrece pruebas del VIH, diagnóstico y tratamiento de las ITS, orientación de especialistas, distribución de preservativos y lubricantes, promoción y acompañamiento por pares a los servicios de tratamiento del VIH y otros servicios complementarios, y un sistema de información para la vigilancia de las tendencias epidemiológicas. Los Ministerios de Salud de Guatemala y Honduras fueron los primeros en ponerla en práctica en el 2006. Esta estrategia fue adoptada posteriormente por los gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Actualmente se implementa en 47 clínicas de ALC, con una cifra de 22 616 personas atendidas en clínicas VICITS durante el 2016. El acceso a los servicios ha aumentado de forma notable, en especial en los HSH y las mujeres trans: de 857 personas alcanzadas en el 2011 se ha pasado a 13 359 en el 2016.

La estrategia VICITS se ha convertido en una de las más eficaces para llegar a las personas con infección por VIH sin diagnosticar y lograr que sigan un tratamiento. Un total de 931 HSH y mujeres trans fueron diagnosticados con VIH a través de la estrategia VICITS en Centroamérica en el 2016 (tasa de positividad, 10%), porcentaje sustancialmente superior a la prevalencia nacional, que no supera 1% en ninguno de los países donde aplica dicha estrategia. La vinculación al tratamiento del VIH también es mayor en VICITS. En Ciudad de Guatemala, por ejemplo, 9 de cada 10 personas diagnosticadas con VIH en sitios VICITS en el 2016 fueron vinculadas a los servicios de atención en un promedio de 3 días, una tasa que supera en casi 30% el promedio nacional. En un esfuerzo por mejorar el acceso al tratamiento del VIH en los grupos de población clave, al menos siete clínicas VICITS ofrecen tratamiento antirretroviral (a julio del 2017) y varios ministerios de salud están en proceso de descentralizar el tratamiento a nuevos sitios VICITS. Por otro lado, la clínica VICITS del colectivo de Amigos Contra el Sida (CAS) en Ciudad de Guatemala está llevando a cabo el primer proyecto piloto de PrEP de

Centroamérica y el Ministerio de Salud de Panamá está preparando un piloto adicional para ofrecer PrEP en las clínicas VICITS en el país, conocidas localmente como Clínicas Amigables.

La estrategia VICITS aborda la estigmatización y la discriminación que padecen los grupos clave y capacita a todo el personal de salud que participa en la prestación de servicios con calidad y calidez. Las clínicas VICITS establecen relaciones próximas con las organizaciones comunitarias de los grupos de población clave y nombran promotores y navegadores pares para fomentar la asistencia a la clínica y vincular a las personas diagnosticadas con VIH a los centros de tratamiento. Además, los distintos ministerios de salud se han asociado con las organizaciones comunitarias locales para poner en marcha modalidades extendidas de VICITS. Esta iniciativa tiene por objetivo brindar servicios más allá de los horarios habituales de las clínicas.

En lo que se refiere a los esfuerzos para lograr la sostenibilidad, actualmente la estrategia recibe el apoyo de los fondos del Gobierno de Estados Unidos. Sin embargo, los servicios se prestan principalmente dentro de clínicas de salud estatales y los proveedores de salud son contratados por los ministerios de salud, que también cubren los costos de tratamiento de las ITS y la mayoría de los reactivos de laboratorio.

El sistema de vigilancia centinela de VICITS proporciona información sobre las tendencias actuales del VIH y las ITS, el uso de preservativo, el número de parejas sexuales y otros indicadores de comportamiento en los grupos de población clave. Estos datos ayudan a determinar los subgrupos en mayor riesgo de infección, proporcionan la información necesaria para diseñar intervenciones programáticas específicas y permiten fundamentar los indicadores relacionados con el VIH e ITS en los grupos de población clave. Además son una herramienta crítica para apoyar los esfuerzos nacionales e internacionales de movilización de recursos para la respuesta al VIH en los grupos de población clave.

Fuente: Nasim Farach. Oficina para Centroamérica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este cuadro son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la posición oficial de los CDC.

ACCESO A LA PRUEBA DEL VIH



Los países de ALC han adquirido el compromiso de mejorar tanto el acceso a la prueba de detección del VIH como el conocimiento sobre el estado serológico del virus. Para ello, se han fijado tres metas: 1) que 90% de las personas con el VIH conozcan su estado serológico para el año 2020; 2) enfocar los esfuerzos en el acceso oportuno a la prueba del VIH en los grupos de población clave, para que hayan accedido en más de un 90% a la prueba en los últimos 12 meses para el 2020, y 3) reducir el diagnóstico tardío del VIH a 10% o menos (9).

Se han registrado mejoras significativas en el conocimiento del estado serológico de las personas con el VIH en ALC. Se estima que en el 2016, 81% [58%-89%] de las personas con el VIH en América Latina conocían su estado serológico y 64% [51%-74%] en el Caribe. En ambos casos se aprecian mejorías respecto al año anterior, en que 77% y 57% de dichas personas conocían su estado serológico, respectivamente.

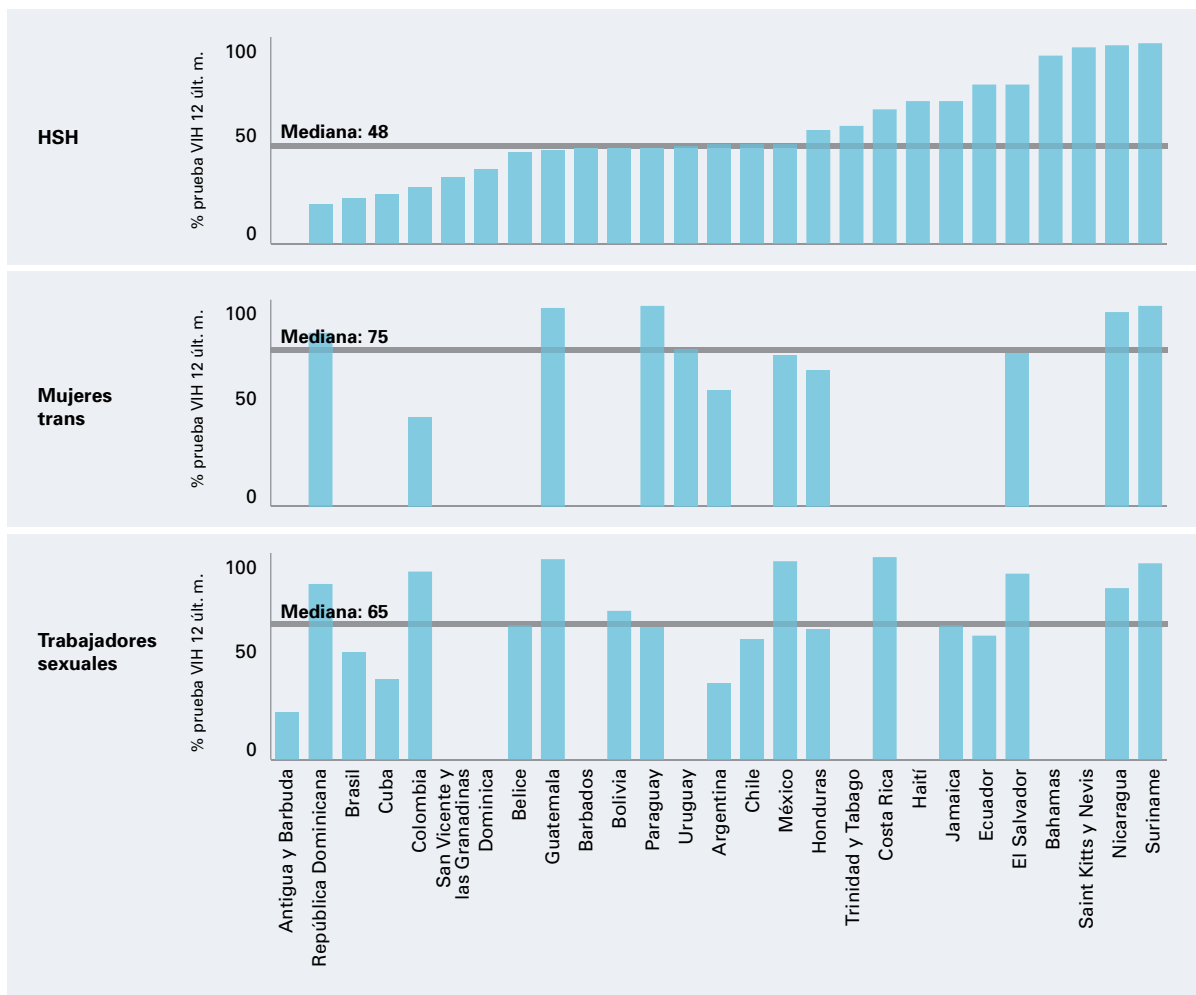
Las brechas en el acceso a la prueba del VIH por los grupos de población clave todavía son importantes. Asimismo, numerosos países no disponen de datos sobre la realización de prueba en

mujeres trans o TS. El 88% de países dispone de al menos un dato para HSH, el 67% de países para TS y 36% de países dispone de un dato relativo a este indicador para mujeres trans. En la mayoría de ellos, el monitoreo de esta meta se realiza a través de estudios comportamentales en los grupos de población clave, de quienes se obtienen datos a nivel de algunos núcleos urbanos. Numerosos países (en torno a un tercio o más de 10), han recibido apoyo financiero internacional para realizar estos estudios.

Uno de cada tres diagnósticos son tardíos

La mediana de cobertura para realizar una prueba del VIH en los últimos 12 meses es de 48% para HSH (con intervalos de entre 5%, según datos programáticos, en Perú, de 19% en República Dominicana, hasta 95% o más en

FIGURA 9 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y mujeres trans que se han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses en América Latina y el Caribe, año más reciente disponible



Fuente: ONUSIDA/OMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2011-2016, y OPS, Respuestas de país a Encuesta de prevención del VIH, mayo del 2017.

Nota: No se han incluido los datos de países con datos programáticos como Guyana, Panamá o Perú.

Suriname y Saint Kitts y Nevis), 65% para TS y 75% en el caso de mujeres trans (con intervalos de entre 43% en Colombia y más de 95% en Guatemala y Paraguay) (figura 9 y cuadro 3 del anexo). El análisis regional de esta información presenta limitaciones ya que algunos países

(Guyana, Panamá, Paraguay y Perú) emplean datos basados en los servicios de atención; los resultados no siempre son representativos de todos los grupos de población clave y, entre otras limitaciones, pueden existir sesgos de selección y de información en los datos informados.



Otro indicador para valorar el grado de acceso a la prueba del VIH es el indicador de diagnóstico tardío.ⁱ En ALC, una tercera parte de los casos se diagnostican tarde. El promedio regional no ha mostrado cambios sustanciales en los últimos 4 años (figura 10).

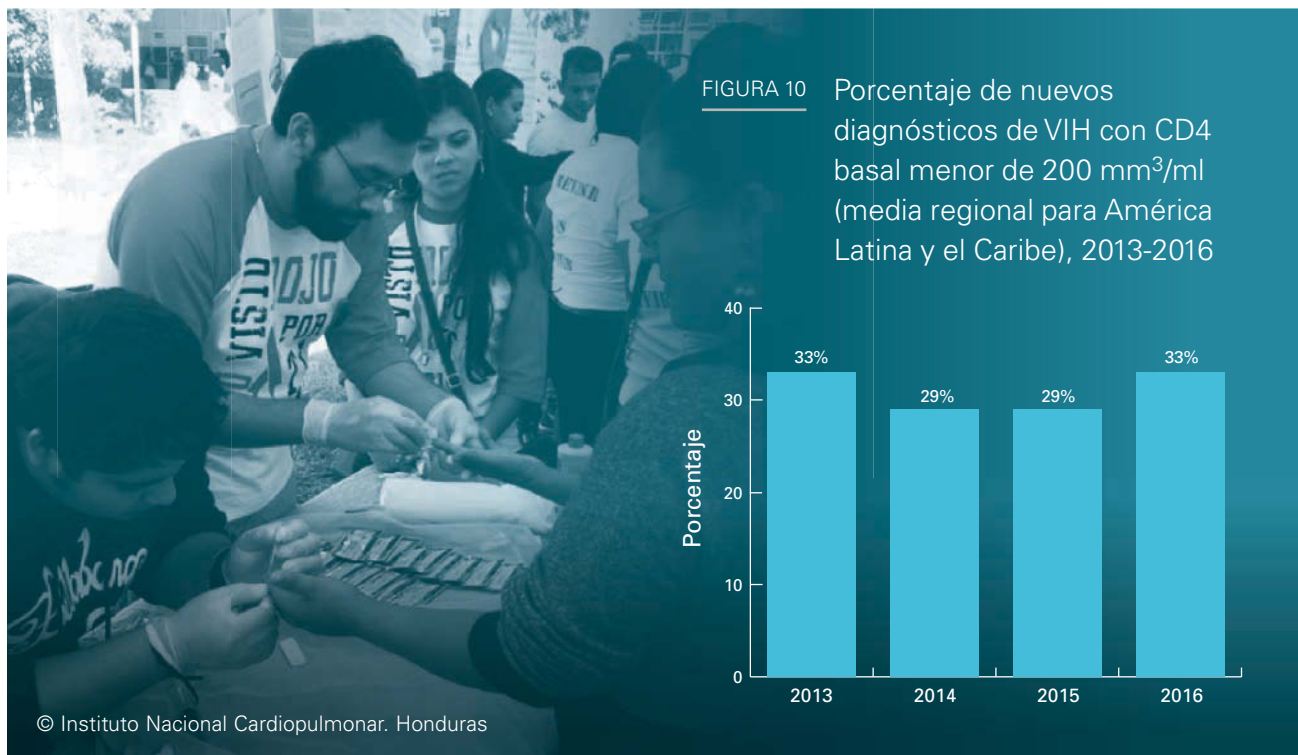
Asimismo, en un análisis de los datos por país, 59% (13/22) presentan los mismos o peores resultados en el 2016, comparado con el año 2015, y un 41% (9/22) presentan datos mejores.

Regionalmente, el diagnóstico tardío se da en mayor medida en los hombres (30% en el 2016), que en las mujeres (19%). No hubo cambios sustanciales

en este indicador para los hombres en comparación con el 2015. En cambio, sí se apreció una mejoría en las mujeres (desde el 24% en el 2015).

En resumen, los datos anteriores muestran que se ha registrado una mejora en el acceso a la prueba. Sin embargo, las brechas todavía son sustanciales y el acceso no es adecuado. Asimismo, los sistemas de información de numerosos países no cuentan con información de las pruebas realizadas desglosada por los grupos de población clave. Esto hace que resulte difícil medir las inequidades en el acceso y realización oportuna de la prueba en estos grupos de población. Los países de ALC enfrentan una serie de barreras para el adecuado acceso y realización de la prueba para los grupos de población clave, las más destacadas se detallan a continuación.

ⁱ El indicador de diagnóstico tardío se refiere al porcentaje de personas VIH+ que tienen menos de 200 cel/mm³ de CD4 en su primera determinación de CD4.



Fuente: ONUSIDA, OMS. Monitoreo Global del Sida (GAM) e Informe mundial de avances en la lucha contra el sida (GARPR), informes de país, 2014-2016.

El diagnóstico tardío se da en mayor medida en los hombres (30% en el 2016), que en las mujeres (19%)

a. **Algoritmos actualizados y uso de prueba rápida para ampliar el acceso.** Países como Ecuador, Chile, Perú, Trinidad y Tabago, y Suriname están revisando sus algoritmos para optimizar el proceso y reducir los tiempos de espera para la confirmación de un diagnóstico positivo. La simplificación de los algoritmos diagnósticos puede ayudar a proporcionar resultados fiables en tiempo oportuno.

Pautas en los países de América Latina y el Caribe para superar las barreras de acceso a la prueba del VIH

- Ampliar el acceso a las pruebas rápidas, en el punto de atención y proporcionando el resultado el mismo día que se realiza.
- Revisar y actualizar los algoritmos de diagnóstico del VIH, a partir de las recomendaciones de la OMS.^j
- Aumentar el número de centros de prueba gestionados por la sociedad civil, en los que la prueba sea administrada por proveedores no profesionales capacitados, y con horarios y locales diferenciados.
- Evaluar las estrategias de capacitación y sensibilización del personal del sector de la salud en relación a la atención a grupos de población clave.
- Reducir la edad a la que los jóvenes pueden realizarse la prueba del VIH de forma autónoma, según la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Aprovechar las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación para informar sobre estos servicios, su localización y horario.
- Ampliar y descentralizar la oferta geográficamente.
- La participación activa de los grupos de población clave en los servicios públicos, por ejemplo como consejeros de pares, ha demostrado ser un abordaje efectivo que además puede favorecer el monitoreo y proporcionar retroalimentación sobre la calidad del servicio (10).
- Ampliar y aprovechar las iniciativas privadas de comercialización de la prueba autoadministrada y vincularlo con acciones de salud pública de prevención y atención al VIH.

Nota: Basado en los resultados de las consultas nacionales.

^j Las recomendaciones de OMS se encuentran en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/> y <http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv-self-testing-guidelines/en/>.



b. Descentralización de la prueba y uso de estrategias de oferta diversificadas.

El 68% de los países informan que se ofrece la prueba en centros comunitarios. En 43% de los países (13/30) se permite que realicen la prueba de detección del VIH otras personas no profesionales de la salud pero capacitadas (p. ej., Argentina, Dominica, Guatemala, Jamaica, México o Paraguay).

No obstante, en los países que ofrecen pruebas en centros comunitarios, considerando el total de pruebas realizadas en el país, la mayoría de las pruebas (90%) se realizan en los centros de salud y solo el 10% de ellas son realizadas por organizaciones de sociedad civil o en laboratorios privados. Es decir, la contribución del número de pruebas realizadas por servicios de base comunitaria u organizaciones de la sociedad civil es pequeña, y normalmente está vinculada a subvenciones de donantes internacionales.

HAZTE LA PRUEBA

81%

de las personas con VIH conocen su estado serológico en **América Latina.**

64%

de las personas con VIH conocen su estado serológico en el **Caribe.**



© Joshua E. Cogan

c. Distribución de los centros que ofrecen la prueba. En la mayoría de los países estos centros están concentrados en las grandes ciudades. Este hecho plantea una dificultad para quienes viven en comunidades alejadas de los centros urbanos.

d. Horarios adaptados a necesidades de los grupos de población clave. El 62% de los países (16/26) ofrece servicios con horarios diferenciados para realizar la prueba del VIH, por lo general proporcionados por organizaciones de sociedad civil. Los horarios diferenciados permiten acceder a la prueba en horarios más adaptados a las necesidades de los grupos de población clave, por ejemplo, en horarios de tarde o noche.

e. Aprovechar las pruebas autoadministradas. Este tipo de prueba, que permite aumentar el número de personas que conocen su estado serológico respecto del VIH, ya se encuentra disponible en el mercado en distintos países, por ejemplo, en Bahamas, Brasil, El Salvador, Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago. Sin embargo, ningún gobierno ha documentado aún que exista subvención del costo de la misma, ni que se aproveche la prueba autoadministrada para expandir la prueba a grupos de difícil acceso o establecer acciones de vinculación a servicios de salud.

f. Barreras legales. La edad de consentimiento para que un joven pueda acceder a los servicios de salud de forma autónoma para hacerse una prueba es de 18 años en el 61% de los países.

g. Procesos para asegurar la confidencialidad y el consentimiento informado. El requisito de consentimiento informado por escrito persiste en varios países. Esto puede suponer una barrera para ampliar el acceso a la prueba de VIH. La OMS ha

En más de la mitad de los países de ALC los jóvenes menores de 18 años necesitan consentimiento de los padres para hacerse la prueba del VIH

señalado que, en la mayoría de los entornos, para realizar las pruebas del VIH basta obtener un consentimiento verbal (11).

h. Estigmatización y discriminación.

Noventa y dos por ciento (24/26) de los países proporcionan capacitación y sensibilización para la atención de los grupos de población clave a los profesionales vinculados con los servicios de la prueba de detección del VIH. Sin embargo, la sociedad civil señala la falta de sensibilización de dichos profesionales, según representantes de 12 países que participaron en consultas nacionales de prevención del VIH. Se ha sugerido que los factores asociados a esta situación pueden ser:

- la elevada rotación que se registra en los recursos humanos;
- la inexistencia de mecanismos de monitoreo y evaluación de la calidad y del resultado de la capacitación;
- la falta de investigación y de seguimiento de las denuncias de maltrato o de discriminación institucional;
- la inexistencia de mecanismos para incentivar las buenas prácticas y ampliar los servicios amigables y libres de discriminación;
- la falta de involucramiento de las personas de los grupos de población clave en la capacitación.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Según estimaciones de la OMS, en el 2012 51 millones de personas de 15 a 49 años de edad sexualmente activas tenían una ITS en la Región de las Américas (12). Estas cifras hacen de la Región una de las que presenta mayores altas carga de enfermedad, junto con la Región Africana y la del Pacífico Oeste. Las ITS afectan al estado de salud porque provocan afecciones agudas como cervicitis, uretritis y ulceración genital, además de complicaciones graves y secuelas como el embarazo ectópico, la infertilidad, las enfermedades neurológicas y cardiovasculares en adultos, la muerte neonatal, el parto prematuro y la ceguera o la discapacidad severa en lactantes. Además de todo lo anterior, incrementan el riesgo de la adquisición y transmisión del VIH (7).

El diagnóstico y tratamiento de las ITS es una de las intervenciones que forman parte del paquete de servicios integrales en el marco de la prevención combinada del VIH.

En los últimos años, ALC ha documentado brotes e incrementos en la incidencia y prevalencia de las ITS (13). En Barbados se han informado incrementos de la sífilis en el 2013 y el 2014, sobre todo en hombres (72%), porcentajes que se han

estabilizado en tasas altas en el 2015 y el 2016 (14). En Guatemala, los centros de vigilancia centinela también han registrado un aumento de más de diez veces de la positividad a la sífilis activa en HSH (de 0,9% en el 2014 a 11,6% en el 2016). En otros países, como México, su Instituto de Salud Pública también informa de aumentos del número de casos de sífilis en algunos estados (Yucatán, Campeche, Tabasco, etc.) (15). Al igual que en otros países fuera de la Región, ha habido brotes de hepatitis A entre hombres gais y HSH en Chile, Brasil, así como en Estados Unidos (Colorado y Michigan).

Los HSH y las TS continúan presentando una alta carga de infección por sífilis, con intervalos de entre 1% y el 27% en el caso de los hombres y HSH (cuadro 4 del anexo), y entre 0,5% y 14% en TS (cuadro 5 del anexo), y con cifras mayores o en algunos casos semejantes a la prevalencia en las embarazadas (cuadro 6 del anexo).^k Considerando la alta vulnerabilidad y carga de ITS, el monitoreo de

^k La prevalencia de sífilis en embarazadas en atención prenatal, entre los que informan sífilis activa, varía de 0,0% a 2,9%, con una mediana regional de prevalencia de 0,8%.

los esfuerzos de prevención y sus resultados en los grupos de población clave debe ser una prioridad en ALC.

Respuesta a las infecciones de transmisión sexual en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe se enfrenta a un resurgimiento de las ITS en algunos grupos poblacionales y al aumento de la resistencia del gonococo a los antimicrobianos (16). En respuesta a las ITS, los países de ALC han aprobado el *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (17), en consonancia con la *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021*, que establece como meta poner fin a la epidemia de las ITS como problema de salud pública (18).

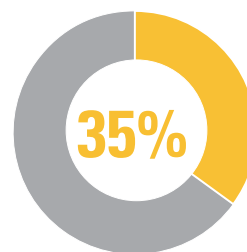
En los últimos años se han alcanzado logros significativos en la respuesta a las ITS, por ejemplo, el tamizaje de las embarazadas para la sífilis, o la mejora de la vigilancia de la sífilis congénita. Hay un compromiso político importante con la doble eliminación de la transmisión de madre a hijo de la infección por el VIH y de la sífilis (19), así como un mayor acceso a la vacunación contra el virus del papiloma humano. Casi 60% (16/27) de los países de ALC cuentan con estrategias o planes nacionales para la prevención y el tratamiento de las ITS, pero menos de la mitad de ellos (11/27) afirma estar en consonancia con las metas de la estrategia mundial (reducir un 90% la incidencia de infección de sífilis y gonorrea para el 2030, eliminar la sífilis congénita, y la vacunación para VPH con una cobertura mayor al 90%). Solo 63% de los países (17/27) informa tener estrategias de búsqueda activa de contactos de las personas con una ITS, aunque todos (100%)

refieren ofrecer la prueba de detección del VIH y la entrega de preservativos en los centros de tratamiento de las ITS (figura 11).

Asimismo, 88% (25/27) de los países afirma contar con guías de tratamiento para las ITS, aunque solo en poco más de la mitad de los casos (59%, o 16 de 27) están en consonancia con las recomendaciones de la OMS. De hecho, una minoría (4 países) actualizaron las guías en los dos últimos años, y en más de la mitad de los países la antigüedad supera los cinco años. En ocasiones, los proveedores de salud, durante su práctica clínica habitual, aplican las recomendaciones internacionales de la OMS o de los CDC en ausencia de guías nacionales actualizadas.

Prueba rápida para el tamizaje y diagnóstico de la sífilis

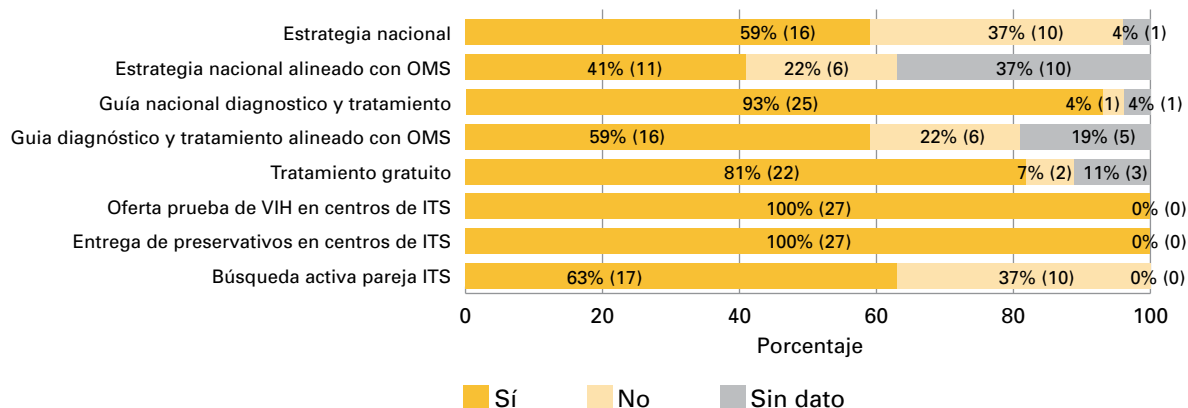
En 66% de los países (20/30) se utiliza la prueba rápida de la sífilis en el contexto del tamizaje y diagnóstico en embarazadas y 42% (13/31) refieren utilizarlas en los grupos de población clave (cuadro 7 del anexo).



de los países (10/26) indican que **no ofrecen prueba de sífilis o de otras ITS cuando se ofrece la prueba de VIH** a los grupos de población clave.



FIGURA 11 Respuesta a las infecciones de transmisión sexual en América Latina y el Caribe, 2016, por porcentaje y número de países



Fuente: OPS. Respuestas de país a Encuesta de prevención del VIH, mayo del 2017.

Notas: Estrategia nacional = Estrategia nacional de ITS. El número de países y territorios se da entre paréntesis.

Guía nacional diagnóstico y tratamiento = Guía nacional para el diagnóstico y el tratamiento de las ITS.

Tratamiento gratuito = tratamiento gratuito de las ITS por los servicios públicos de salud.

Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual en los países de América Latina y el Caribe

Hay pocos datos sobre las ITS en ALC: la vigilancia de estas infecciones y el monitoreo de la respuesta son insuficientes e incluso en los casos en que existen sistemas de vigilancia, a veces resultan afectados por un registro deficiente y por un escaso análisis y difusión de la información.

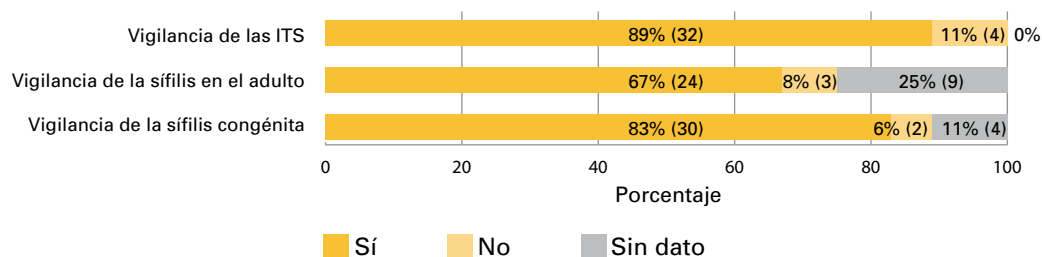
En ALC, 89% (32/36) de los países informan tener algún tipo de vigilancia para las ITS, y 88% (22/25) tiene la sífilis activa como evento de notificación. Al contar con la notificación de sífilis en el adulto, pueden detectarse brotes y ponerse en marcha medidas de prevención y control que sean dirigidas y eficaces. La sífilis congénita se notifica en la mayoría de países (94%, 30/32); solo Haití y Bolivia no notifican casos de sífilis congénita (figura 12 y cuadro 8 del anexo).

Las recomendaciones esenciales de vigilancia de las ITS de la OMS se basan en cuatro aspectos:

- 1 notificación de casos,
- 2 estudios de prevalencia,
- 3 estudios etiológicos de los síndromes y
- 4 vigilancia de la resistencia antimicrobiana del gonococo.

El propósito es describir la epidemia, detectar y cuantificar a los grupos más afectados, mejorar la gestión del programa y la toma de decisiones, e incrementar la calidad de la atención y el tratamiento (20).

FIGURA 12 Porcentaje y número de países con vigilancia de infecciones de transmisión sexual en América Latina y el Caribe, 2016



Fuente: OPS. Respuestas de país a *Encuesta de prevención del VIH*, mayo del 2017; ONUSIDA/OMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2016; OPS, *Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas*, Washington DC, OPS, 2016.

Nota: S/D = sin dato. El número de países y territorios se da entre paréntesis.

CUADRO 7 Estado de la vigilancia a la resistencia antimicrobiana del gonococo en América Latina y el Caribe, por país, 2016

Países con vigilancia sistemática de la resistencia antimicrobiana	Países sin vigilancia sistemática de la resistencia antimicrobiana del gonococo	
	Países con datos limitados sobre la resistencia antimicrobiana del gonococo	Países sin datos de vigilancia sistemática de la resistencia antimicrobiana
Argentina	Bolivia	Antigua y Barbuda
Barbados	Ecuador	Bahamas
Brasil	Panamá	Belice
Chile	Venezuela	Costa Rica
Colombia		Dominica
Cuba		Ecuador
El Salvador		Granada
Paraguay		Guatemala
Perú		Guyana
República Dominicana		Haití
Suriname		Honduras
Uruguay		Jamaica
		México
		Nicaragua
		Panamá
		Saint Kitts y Nevis
		Santa Lucía

Fuente: OPS. Datos procedentes de la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, 2009-2015 y OPS. Respuestas de país a *Encuesta de prevención del VIH*, mayo del 2017.



Tratamiento de la infección gonocócica y resistencia a los antimicrobianos

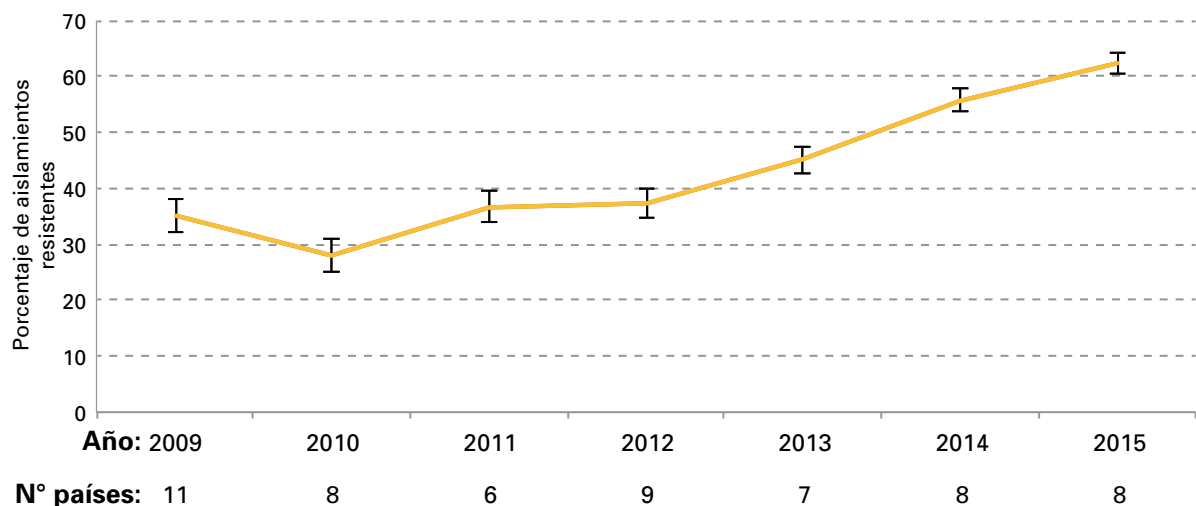
De todas las ITS, la gonorrea es la más resistente a los antibióticos. Esta resistencia ha aumentado rápidamente en los últimos años, reduciendo las opciones terapéuticas. La resistencia varía para las diferentes cepas de *Neisseria gonorrhoeae*, lo que hace imprescindible la vigilancia local para la elaborar guías de tratamiento adecuado. Actualmente, se han detectado casos de infección por *Neisseria gonorrhoeae* multiresistente que no responden a la monoterapia con cefalosporinas de amplio espectro. La OMS ha publicado recomendaciones de tratamiento de la gonorrea en las que sugiere que los datos de resistencia local, basados en la vigilancia sistemática de la resistencia, determinen la elección del tratamiento en cada país (21).

En ALC, 36% de los países que proporcionaron información (12/33) realizan vigilancia

sistemática de la resistencia a antimicrobianos del gonococo (cuadro 7). Asimismo, según los datos de los países notificados a través de la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (ReLAVRA), se registra un aumento sostenido de la resistencia a la ciprofloxacina en ALC, que ha aumentado de 35% de los aislamientos en el 2009 a 62% en el 2015 (figura 13). Además, se empieza a observar una disminución de la sensibilidad a cefalosporinas de amplio espectro y a macrólidos (figura 14).

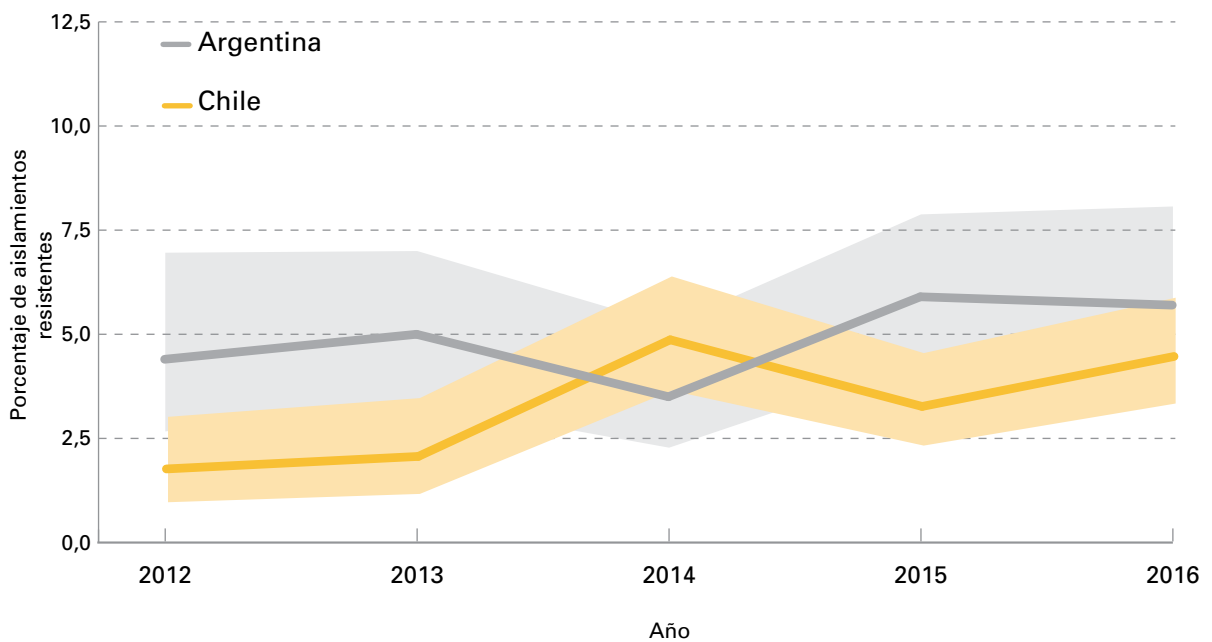
Respecto a las guías de tratamiento para la gonorrea, solo 8% de países (2/24) indican utilizar ceftriaxona más azitromicina, según lo que recomiendan las guías de la OMS; más de la mitad (67%, 16/24) indican ceftriaxona o ciprofloxacina como tratamiento de primera elección (cuadro 8 y figura 15).

FIGURA 13 Porcentaje de resistencia a la ciprofloxacina de los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, América Latina y el Caribe, 2009-2015



Fuente: OPS. Datos procedentes de la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, 2009-2015.

FIGURA 14 Porcentaje de resistencia a la azitromicina de los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, Argentina y Chile, 2012-2016



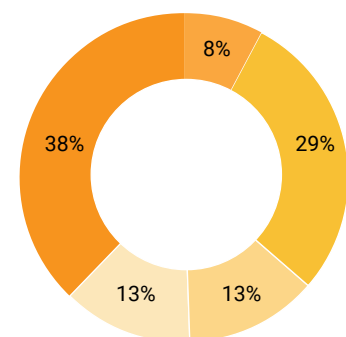
Fuente: OPS. Datos procedentes de la Red Latinoamericana de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, 2009-2015.

CUADRO 8 Medicamentos indicados para el tratamiento de la gonorrea según las guías de tratamiento de los países de América Latina y el Caribe

Antibiótico	Número de países que lo indican como tratamiento de primera elección
Ceftriaxona	9
Ceftriaxona + azitromicina	2
Ceftriaxona o ciprofloxacina	7
Ciprofloxacina	3
Ciprofloxacina + azitromicina	3

Fuente: OPS. Respuestas de país a Encuesta de prevención del VIH, mayo del 2017.

FIGURA 15 Porcentaje de países según el plan de tratamiento indicado para la gonorrea, América Latina y el Caribe, 2016



- Ceftriaxona
- Ceftriaxona + azitromicina
- Ceftriaxona o ciprofloxacina
- Ciprofloxacina
- Ciprofloxacina + azitromicina

PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN



La profilaxis preexposición o PrEP (por su sigla en inglés) es el uso de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la infección por el VIH en personas seronegativas. La OMS recomienda actualmente el uso de regímenes que incluyen tenofovir (p. ej., tenofovir y emtricitabina) por vía oral, fármaco ampliamente utilizado en todo el mundo para el tratamiento de la infección por el VIH.

La OMS (22, 23) recomienda ofrecer la PrEP para la prevención del VIH a personas con riesgo sustancial de infección por el VIH como una intervención más del paquete de intervenciones de prevención combinada. Esta es una recomendación fuerte con una calidad alta de evidencia.

Los ensayos clínicos y los estudios de aceptabilidad en todo el mundo muestran:

- una elevada eficacia de la PrEP para prevenir la transmisión sexual del VIH en diferentes poblaciones;
- un grado importante de aceptabilidad por parte de los potenciales usuarios, sobre todo si la profilaxis es subsidiada o con precios accesibles;
- un impacto bajo de la PrEP en la aparición y transmisión de virus resistentes a nivel

poblacional (el riesgo de aparición de resistencia es mayor en personas que inician la PrEP durante el período ventana o de infección aguda);

- datos aún inconclusos sobre un incremento en las conductas de riesgo en los usuarios (mayor número de relaciones sexuales sin uso de preservativos), es decir, que no se ha demostrado un efecto de compensación del riesgo;
- una mayor vinculación a los servicios de salud para la prevención del VIH y de las ITS en personas con conductas de alto riesgo que son

La profilaxis preexposición o PrEP es el uso de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la infección por el VIH en personas seronegativas.

usuarias de la PrEP: aumenta la realización de pruebas de VIH e ITS y el acceso a otras acciones de prevención (preservativos y lubricantes, metodologías conductuales de gestión/reducción de riesgo, servicios de salud sexual, etc.).

La OMS publicó en julio del 2017 una herramienta para la implantación de programas

de PrEP con sugerencias para la introducción y aplicación de la PrEP a partir de las pruebas y la experiencia disponible(24). Este documento incluye información para clínicos, pero también para educadores y activistas, consejeros, líderes de opinión, farmacéuticos, las agencias reguladoras, planificadores y evaluadores, proveedores de la prueba de VIH y los usuarios mismos de la PrEP.

Elementos clínicos básicos de la PrEP (OMS, 2017)

Indicaciones para PrEP (según la historia clínica de los últimos 6 meses)

VIH negativo y pareja sexual con VIH que no tiene una carga viral suprimida **o**

Sexualmente activo en un contexto de alta incidencia/prevalencia de VIH **y** al menos uno de los siguientes:

- Relaciones sexuales vaginales o anales sin preservativo con más de una pareja
- Una pareja sexual con uno o más factores de riesgo de VIH
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual según resultado de laboratorio autoinformada o con tratamiento sintomático
- Uso de profilaxis postexposición (PEP)
- Solicita la PrEP

Contraindicaciones:

VIH-positivo

Aclaramiento de creatinina estimado de <60 ml/min

Signos /síntomas de infección aguda por el VIH, probable exposición reciente al VIH

Alergia o contraindicación a cualquier medicamento del esquema PrEP

Prescripción: por ejemplo, TDF 300 mg + FTC 200 mg vía oral diaria

Orientación: Vincular la toma del comprimido con la rutina diaria

Desarrollar un plan de anticoncepción o concepción más segura y para la prevención de ITS

Seguimiento:

Entre otros aspectos:

cada 3 meses repetición de la prueba para el VIH, tamizaje para ITS, revisar indicaciones y uso de PrEP
cada 6 meses: aclaramiento de creatinina

Fuente: WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 1: Clinical. 2017.



Profilaxis preexposición en América Latina y el Caribe

El uso de la PrEP como intervención incluida en los paquetes para la prevención del VIH se considera crítico en la respuesta de prevención en ALC. Por ello, contar con proyectos piloto de PrEP en los países es un primer paso y por ello se estableció como meta regional en el 2015 (*cuadro 1*).

La implementación de la PrEP ha sido lenta (25), pero se está trabajando en proyectos piloto

demostrativos para su implantación. También está ofreciéndose en los servicios públicos de salud en Bahamas y, próximamente, estará disponible en Brasil y Barbados (*cuadro 9*). La meta establecida de llevar a cabo diez proyectos piloto está a punto de alcanzarse. Ya son siete los países que están planificando programas públicos o proyectos de PrEP con diversas modalidades y fuente de financiación.

Varios informantes clave han indicado que existe un aumento en el número de personas usuarias

Barreras para la implementación de la profilaxis preexposición que afrontan los servicios públicos de salud en América Latina y el Caribe	
Barrera	¿Qué se está haciendo?
Desconocimiento elevado de la PrEP entre los diversos actores de los programas nacionales y de la sociedad civil	Redes de expertos están realizando sesiones virtuales sobre la PrEP dirigidas a diferentes públicos para divulgar las nuevas recomendaciones de la OMS y distintas experiencias de implementación. Se realizan a través de la plataforma NEMUS y reuniones regionales de la OPS. Personas de sociedad civil desarrollan un proyecto de alfabetización en línea sobre PrEP llamado <i>Quiero PrEP</i> . ¹
Prejuicios o juicios morales en relación con el uso de la PrEP y su impacto en la compensación de riesgo e incidencia de ITS.	Se están sumando esfuerzos a nivel global y regional para documentar el impacto de la PrEP en la incidencia de ITS (a medio y largo plazo), incluida su posible reducción por la captación y tratamiento precoz de las ITS en las personas en seguimiento periódico.
Los déficits presupuestarios de los programas nacionales, por ejemplo, en la provisión de antirretrovirales, que podrían retrasar la implementación de esta intervención.	Los gobiernos, apoyados por sus asociados, están poniendo en marcha acciones para reducir costos, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • El acceso a genéricos precalificados por la OMS a través del Fondo Estratégico de la OPS, que podría reducir el costo del medicamento a menos de USD 8 al mes por usuario. • La integración en los servicios de prevención para los grupos de población clave, que reduce los costos para el sistema de salud.

Fuente: OPS. Informantes clave de 12 reuniones nacionales sobre prevención, 2017.

¹ Quiero PrEP se encuentra accesible en línea en <https://www.quieroprep.org>.

CUADRO 9 Situación de la profilaxis preexposición en los servicios públicos de salud en América Latina y el Caribe, 2017

País	Ámbito	Financiación	Tipo de intervención, estudio o programa	Situación en agosto del 2017
Bahamas	Nacional	Ministerio de Salud	Programa de distribución de PrEP para parejas serodiscordantes y HSH en el sector público	<i>Implementado</i> Alcance limitado por el momento
Brasil Barbados	Nacional	Ministerio de Salud	Programa de distribución de PrEP a población de alto riesgo en el sector público	<i>En planificación</i> Para el segundo semestre del 2017
Brasil Chile Guatemala Haití Jamaica México Paraguay Perú República Dominicana	Localizado	Financiación UNITAID ("Proyecto ImPrEP") (Brasil, México, Perú); Donantes internacionales (PEPFAR, Fondo Mundial, etc.) (Guatemala Haití, Jamaica, Paraguay, República Dominicana); Ministerio de Salud (Chile)	Proyectos demostrativos	<i>En planificación</i> Para el segundo semestre del 2017 (Proyecto ImPrep) o para el primer trimestre del 2018
Ecuador Guatemala Paraguay República Dominicana	Localizado	Financiado por el usuario	Iniciativa de organizaciones de la sociedad civil en centros comunitarios	<i>En planificación</i> En Ecuador. <i>Implementado</i> En Guatemala, República Dominicana y Paraguay
Argentina Barbados Chile Perú *	Localizado	Financiado por el usuario	Consultas de médicos privados	<i>Implementado</i>
Costa Rica Santa Lucía Suriname Granada Guatemala	Nacional	Ministerio de Salud	Provisión solo para parejas serodiscordantes	<i>Implementado</i>

Fuente: OPS. Información directa de los países a la OPS. Red PrEP.

Notas: * puede haber más países con PrEP obtenido por prescripción de médicos privados.

Las fechas en el cuadro son aproximadas.

de la PrEP en lugares ajenos al sector de la salud. Esto se denomina en inglés *PrEP in the wild*. Estas personas compran los medicamentos de la PrEP en farmacias y droguerías dentro y fuera del país o en tiendas en línea, o bien las consiguen a través de amigos en actos sociales y se las autoadministran. Este tipo de acceso no asegura el cumplimiento de las recomendaciones de intervención, como por ejemplo, proporcionar información sobre su uso, ayudar a que se siga el tratamiento, monitorear los

efectos secundarios y realizar regularmente pruebas de detección del VIH y de ITS. Tampoco permite a los programas nacionales monitorear su uso y sus resultados. Otros usuarios acceden a la PrEP a través de la prescripción de médicos privados. En este último caso, puede existir la dificultad de asegurar la calidad de la atención y del seguimiento de los protocolos y guías nacionales, que en muchos casos aún son inexistentes.

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN



¿Qué es la PEP?

La profilaxis postexposición (PEP) (por su sigla en inglés) es el uso de antirretrovirales a corto plazo para reducir la probabilidad de infección por el VIH después de una potencial exposición al virus del VIH ya sea ocupacional (accidente laboral) o no ocupacional, por ejemplo durante relaciones sexuales desprotegidas, por violación o por el uso de material de inyección contaminado. Se debe administrar en las primeras 72 horas tras la exposición.

Todos los países proporcionan PEP ya sea en los centros atención primaria o en los servicios de urgencias para exposiciones ocupacionales y en caso de violación. El 39% (11/28) de los países han incorporado las recomendaciones de la OMS de proveer la PEP en los casos de episodios de riesgo por una relación sexual desprotegida (p. ej., la rotura de un preservativo). De todos los países, 42% (11/26) refirieron la intención de ampliar el uso de la PEP, ampliando los criterios de indicación o el número de centros que la ofrecen.

Las medidas más destacadas para aprovechar al máximo el uso de la PEP como estrategia de prevención combinada son:

El 39% de los países han incorporado las recomendaciones de la OMS de proveer la PEP en los casos de episodios de riesgo por una relación sexual desprotegida

- Considerar la PEP como una intervención adicional dentro de un paquete de prevención combinada que puede servir para identificar a personas con necesidad de servicios de prevención del VIH y vincularlos a la atención. Por ejemplo, si existen antecedentes de uso de PEP por relación sexual de alto riesgo, eso es criterio para ofertar PrEP según las recomendaciones de la OMS.

Especificaciones en la oferta de profilaxis postexposición según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud

La profilaxis postexposición debe ser ofrecida e iniciarse tan pronto como sea posible a aquellas personas con exposiciones de riesgo para la transmisión del VIH e idealmente dentro de las 72 horas siguientes a la exposición.

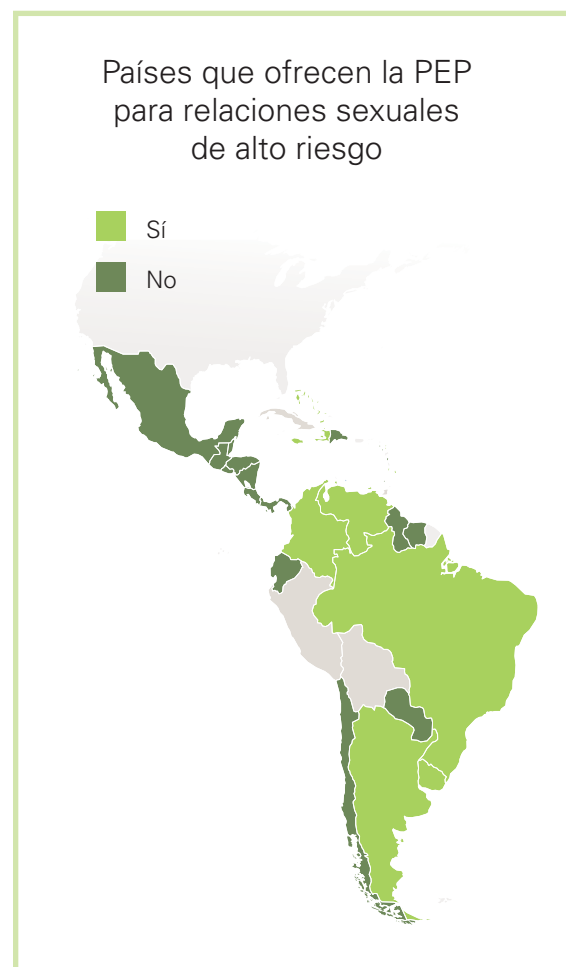
Se debe evaluar la elegibilidad para la PEP a partir del estado de VIH de la fuente siempre que sea posible. Esto puede incluir la consideración de la prevalencia de antecedentes y los patrones epidemiológicos locales. La prescripción de la PEP debe hacerse con el consentimiento informado de los riesgos y beneficios, e incluir un diálogo sobre posibles efectos secundarios y sobre la importancia de un seguimiento estricto del tratamiento farmacológico durante los 28 días de la PEP.

Las exposiciones que no requieren profilaxis postexposición incluyen:

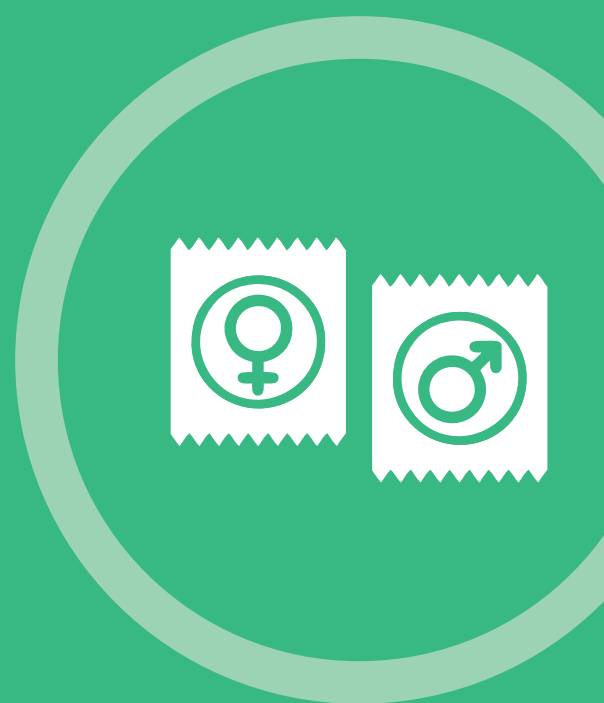
- Los casos en que la persona expuesta ya sea seropositiva.
- Cuando se determina que la fuente es negativa para el VIH.
- En caso de exposición a líquidos corporales que no presentan un riesgo significativo, como lágrimas, saliva no manchada de sangre, orina y sudor.

Fuente: OMS. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach - December 2014.

- Mejorar la disponibilidad de la PEP en los centros de salud de menor envergadura y en centros alejados de los núcleos urbanos más grandes.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud (no especializados) y de los grupos de población clave sobre la PEP.
- Eliminar o disminuir la burocracia para facilitar el acceso dentro de las primeras 72 horas (a veces es un requisito en algunos países una denuncia policial o la revisión por un médico legista para dar acceso a la PEP).
- Ampliar los criterios de indicación de la PEP, de acuerdo con las pautas de la OMS.



USO DE PRESERVATIVOS Y LUBRICANTES



La utilización del preservativo es una medida crucial para aplicar un enfoque integral, eficaz y sostenible de prevención del VIH, y se debe continuar priorizando su promoción. Los países se han comprometido con la meta de promover su uso para lograr que en el 2020 el 90% de las TS informen haber usado un preservativo con su cliente más reciente. En el caso de HSH y mujeres trans, el objetivo es que el 90% hayan utilizado uno en su relación sexual anal más reciente con una pareja masculina.

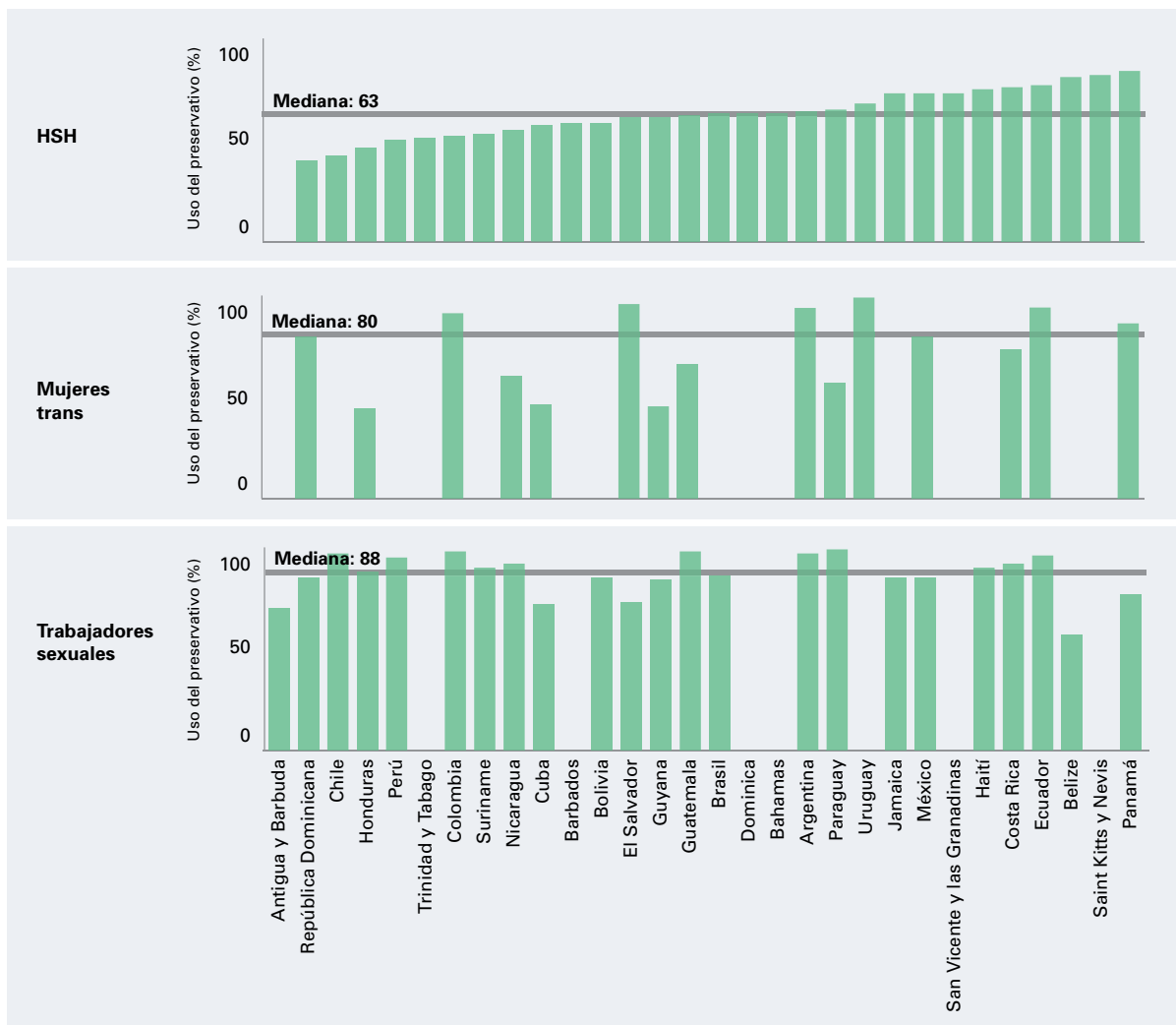
Con los últimos datos disponibles en ALC, el uso de preservativo en la relación sexual más reciente en HSH presenta una mediana regional de 63%, en el caso de las TS, de 80%, y en las mujeres trans, de 88%. No hay incrementos aparentes en comparación con la línea de base del 2010, aunque sí ha mejorado la disponibilidad de información en mujeres trans.

Estos datos pueden presentar sesgos debido a aspectos relacionados con la representatividad de la muestra de estudio, con definiciones diferentes, con el hecho de que muchas veces se realizan en pocas ciudades (como las capitales), o los años de realización corresponden a un intervalo muy

amplio, con la metodología utilizada para informar este dato u otros aspectos relacionados con el propio indicador de medida. Si se usan datos sobre los grupos de población clave que acuden a los servicios, estos grupos recurren a veces a los servicios para recoger preservativos, por lo que el resultado sería anormalmente elevado por sesgo de selección. Este indicador mide el uso en la relación sexual más reciente y es un indicador aproximado o indirecto del uso sistemático. Sin embargo, puede sobreestimar el uso sistemático y oportuno (*figura 16 y cuadro 9 del anexo*).

Un tercio de los países de ALC refirieron comprar los preservativos con recursos nacionales.

FIGURA 16 Trabajadoras sexuales que informan el uso de preservativo con su cliente más reciente, y HSH y mujeres trans que informan haberlo utilizado en su relación sexual anal más reciente con una pareja masculina (%), año más reciente



Es fundamental aumentar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y uso del número necesario de preservativos masculinos y femeninos y lubricantes compatibles en los grupos de población clave a través de una distribución focalizada que apoye el uso sistemático y correcto. Asimismo, es prioritario promover el acceso a los preservativos y lubricantes de aquellas personas que carecen de recursos para comprarlos (7).



De acuerdo a representantes de organizaciones de la sociedad civil, en muchos países la cantidad de preservativos distribuidos para los HSH, las TS y las mujeres trans se considera insuficiente.



Todos los países informan que proveen preservativos de forma gratuita (29/29) a los HSH, y 28 de 29 países también los proporcionan a las TS. En el caso de las mujeres trans, 24 de 28 países informan que tienen una distribución dirigida específicamente a este grupo. Todos los países que brindaron información distribuyen preservativos gratuitamente para los jóvenes. Sin embargo, de acuerdo a representantes de organizaciones de la sociedad civil, en muchos países la cantidad de preservativos distribuidos para los HSH, las TS y las mujeres trans se considera insuficiente. Los cálculos para estimar el número de preservativos y lubricantes que se deben adquirir a veces no se adaptan a las necesidades de los grupos

de población clave o no se siguen metodologías estándar comprobadas para ello.

La mayoría de los países (25/28) refieren la distribución de lubricantes. Colombia, Paraguay y Venezuela no los distribuyen a los grupos de población clave. En muchos países solo los proporcionan los proyectos del Fondo Mundial y, en el caso de los jóvenes, ocho países (de 26 que proporcionaron información) afirman no distribuir lubricantes a este grupo.

Un tercio de los países (8/28) de ALC refirieron comprar los preservativos con recursos nacionales. Los países restantes cuentan con recursos del Fondo Mundial o del Gobierno de Estados Unidos para proporcionar preservativos y lubricantes, principalmente para los distribuidos entre los

grupos de población clave, como parte de un paquete de prevención.

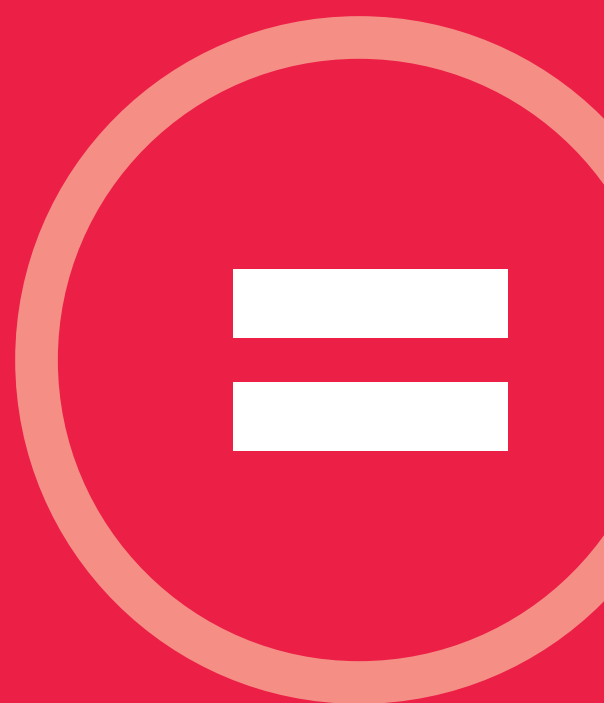
La provisión de preservativos se realiza principalmente a través del sistema público de salud, como insumo de los programas de salud sexual y reproductiva. Un porcentaje menor (2%-35%) de los preservativos se distribuyen a través de sociedad civil a los grupos de población clave.

Las brechas con respecto al acceso y uso de preservativo son importantes, sobre todo en el grupo de los HSH. Esto muestra la necesidad de abordar las barreras para el uso sistemático y correcto de preservativo, así como de ofrecer medidas complementarias para la prevención del VIH, como el uso de la PrEP.

Resultados de consultas nacionales sobre las barreras para el acceso y el uso del preservativo

- **Burocratización de la distribución:** en algunos países la entrega debe realizarla un profesional de la salud, previa presentación de una receta, completando formularios o a través de un libro de cupones. Asimismo, la disponibilidad a veces está restringida a ciertos centros de salud.
- **Acceso continuo:** los usuarios deben concurrir a un centro u organización todos los meses para obtener una cuota determinada de preservativos.
- **Falta de confidencialidad:** Las metodologías de control, auditoría, monitoreo y evaluación de la muchos programas de distribución de preservativos y lubricantes requieren que los usuarios proporcionen sus datos personales.
- **Cantidades distribuidas que no son acordes con las necesidades de los grupos de población clave.**
- **Calidad de los preservativos distribuidos:** los preservativos distribuidos por los ministerios de salud en ocasiones son de menor calidad.
- **Falta de entrega de lubricantes.**
- **Falta de percepción del riesgo y conocimiento entre algunos subgrupos clave.**

SUPERAR LAS BARRERAS ESTRUCTURALES



La epidemia del VIH, en particular en los grupos de población clave, es potenciada por la estigmatización y la discriminación, la desigualdad de género, la violencia, la falta de empoderamiento de la comunidad, las violaciones de los derechos humanos, y las leyes y políticas que criminalizan diversos grupos de personas en base a su orientación sexual o su identidad de género (7). Estos factores limitan el acceso adecuado a los servicios de salud, la forma en que se prestan estos servicios y la eficacia de los mismos. La vulnerabilidad a la infección por el VIH se exagera si las personas desconocen los servicios disponibles para prevenir la infección por el VIH, como también el poder poner en práctica sus derechos humanos.

La respuesta al VIH debe considerar el contexto político, geográfico, cultural y social que afecta el riesgo de infección por virus y el acceso a los servicios. En la mayoría de los países se han identificado las barreras estructurales que limitan el acceso a estos servicios (26), y que pueden resumirse en:

- criminalización de los comportamientos que definen a los grupos de población clave (prácticas homoafectivas, comercio sexual, consumo de drogas ilegales, etc.);
- criminalización de la transmisión, no revelación y exposición al VIH;
- marcos legales y prácticas discriminatorias;
- desconocimiento de los derechos, las leyes nacionales y los tratados internacionales.
- estigmatización y discriminación;
- violencia de género, incluida aquella que sucede en los ámbitos institucionales.

Con el propósito de abordar y superar la mayoría de las barreras estructurales se han identificado una serie de facilitadores críticos del entorno:

- revisión de leyes, políticas y prácticas;
- reducción de la estigmatización y la discriminación;
- empoderamiento comunitario;
- prevención de la violencia.

La implementación eficaz de los facilitadores críticos requiere la colaboración de diferentes sectores, como el de salud, la justicia, la vivienda, el bienestar y el trabajo. También son necesarios múltiples actores trabajando con el gobierno del país, como la sociedad civil y el sector privado, incluidas las personas con el VIH.

Revisión de leyes, políticas y prácticas

Según los informes de país del GAM, diez países (Bahamas, Bolivia, Colombia, Cuba, El Salvador, México, Panamá, República Dominicana, Suriname

y Venezuela) indican la existencia de leyes que criminalizan la transmisión, no revelación y exposición al VIH. Además, otros siete países (Belice, Costa Rica, Guatemala, Granada, Honduras, Jamaica y Perú), aunque no cuentan con una ley específica que criminalice el VIH, han promulgado otras leyes penales respecto a la transmisión, la no divulgación y la exposición del VIH.

Cinco países (Antigua y Barbuda, Dominica, Granada, Jamaica, y Santa Lucía) informaron que los HSH corren el riesgo de ser procesados y de ir



5
PAÍSES
informan criminalizar relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

10
PAÍSES
consideran el trabajo sexual un acto criminal.

LAS MUJERES TRANSGÉNERO
todavía son víctimas de crímenes de odio en América Latina y el Caribe



Ejemplo de empoderamiento de la sociedad civil y buenas prácticas en el abordaje de la estigmatización y la discriminación hacia los grupos de población clave

RedTraSex es una red que funciona en 15 países de América Latina y el Caribe, integrada por organizaciones locales y nacionales de trabajadores sexuales. En el 2012, RedTraSex inició un programa para prevenir el VIH en las trabajadoras sexuales a través de intervenciones para funcionarios de defensa nacional. Se llevaron a cabo tres actividades principales:

- Se han creado capacidades de promoción de los derechos de las trabajadoras sexuales y se ha promovido el acceso a servicios de salud de calidad (incluido el diseño de políticas, el examen del marco jurídico y la participación de las TS en los debates de la política nacional y regional para luchar contra la estigmatización y la discriminación).
- Se han puesto en marcha actividades encaminadas a reducir la violencia y la discriminación.
- Se han desarrollado capacidades institucionales.

Mediante esta metodología, RedTraSex ha llegado a 17 306 TS y ha realizado intervenciones para sensibilizar a 1 259 trabajadores de la salud de 14 países. Además ha elaborado una guía de buenas prácticas con las TS destinada a los sistemas de salud. Las TS han participado en mayor medida en los debates parlamentarios. Los principales cambios como resultado de estas intervenciones son una mayor visibilidad de los problemas de las TS (a nivel nacional y regional a través de su participación en la Organización de los Estados Americanos), la mejora de la calidad de la atención de salud para ellas en los centros de salud y los acuerdos firmados con los sistemas de salud formales.

Fuente: ONUSIDA. Communities Deliver: 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2725_CommunitiesDeliver_en.pdf.

a prisión. Algunas organizaciones de la sociedad civil de nueve países han señalado que existen casos de personas arrestadas o procesadas en los últimos tres años como consecuencia de tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo.

Seis países informan que el trabajo sexual se considera una conducta criminal (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada y Jamaica) y cuatro refieren la criminalización parcial del trabajo sexual (Bolivia, Costa Rica, México y Suriname). Algunas organizaciones de

la sociedad civil de quince países señalan que los trabajadores sexuales de ambos sexos han sido arrestados o procesados en razón del ejercicio del trabajo sexual en los últimos tres años.

A pesar de que ningún gobierno informa que se criminalice a las personas transgénero, en los informes del GAM, la sociedad civil de nueve países (Antigua y Barbuda, Argentina, Costa Rica, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela) indica que en los últimos tres años se han registrado arrestos

o procesamientos de personas transgénero por acciones relacionadas con su identidad de género.

De los 24 países que proporcionaron información, diez (Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Haití, Honduras, Panamá, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago) señalaron distintas barreras para el acceso a la justicia de los grupos de población clave y de las personas con el VIH. Algunos ejemplos incluyen los obstáculos del propio sistema judicial, que no garantiza la confidencialidad de las personas, la falta de confianza en el sistema judicial, la ausencia de sensibilidad por parte de los funcionarios de justicia y el desconocimiento de los procedimientos judiciales.

- El empoderamiento de la comunidad y la *mayor participación de las personas que viven con el VIH* (MPPVS) (27) son principios rectores para los programas y actividades relacionadas con el VIH. La MPPVS es un principio que tiene como objetivo la puesta en práctica de los derechos humanos y las responsabilidades de las personas con el VIH, incluido su derecho a la salud y el derecho a participar en los procesos de toma de decisiones que afectan a su vida. De forma similar, el empoderamiento de la comunidad es un proceso colectivo que permite a los grupos de población clave abordar las limitaciones estructurales de la salud, los derechos humanos y el bienestar para fomentar cambios mejorando su salud y bienestar y el acceso a los servicios de salud^m.

^m El empoderamiento comunitario es el proceso de apropiación individual y colectiva de los programas de respuesta por parte de las personas para adoptar medidas concretas para superar los obstáculos sociales y estructurales respecto a la salud y a los derechos humanos. (OMS. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra, 2015. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti_sex_worker_implementation/es/).

El empoderamiento de la comunidad amplía el alcance y mejora la efectividad de los servicios para la población clave (28).

Como parte del seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2016 (29), uno de los compromisos contraídos fue facultar a las personas que viven con el VIH, en riesgo de contraerlo o afectadas por él a conocer sus derechos y tener acceso a la justicia y los servicios jurídicos a fin de prevenir y denunciar las violaciones de los derechos humanos. En los últimos dos años, 17 países han informado tener programas de gran escala de formación y creación de capacidades para las personas con el VIH y los grupos de población clave para educarlos y concientizarlos sobre sus derechos. Bahamas informó no tener programas y cuatro países del Caribe no respondieron.

Abordaje de la estigmatización y la discriminación en los servicios de saludⁿ

Se establecen como metas según la *Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021* de la OMS:

- El poner fin a las políticas y las prácticas que refuerzan la estigmatización y la discriminación (en especial en los entornos de atención sanitaria), particularmente hacia las personas con el VIH y los grupos de población clave.
- Crear un entorno institucional y comunitario en el que las personas puedan acceder de manera segura a los servicios sin temor a la discriminación, para lo que se debe incluir

ⁿ Definición de discriminación: Es toda acción u omisión realizada por un persona o institución (por ejemplo dentro del sector salud) que produce y reproduce desigualdades en el acceso a recursos y servicios. (Diccionario de la lengua española. 23.^a edición. Madrid: Espasa.



Factores que inciden en la discriminación institucional en el sector de la salud y malas prácticas en el abordaje de los grupos de población clave en América Latina y el Caribe

Situación de discriminación y malas prácticas

Negativa a prestar servicios: se han señalado situaciones en las que los profesionales de la salud se han negado a atender o han realizado una derivación injustificada de la persona a otro servicio.

Falta de respeto en la atención: comportamientos despectivos, maltratos, atención deshumanizada o una mala actitud por parte del personal sanitario. Por ejemplo, usar lenguaje poco sensible, nombrar a las mujeres trans en masculino o hacer bromas entre colegas.

Falta de oferta de servicios específicos e integrales: algunos profesionales de la salud solo se centran en ofrecer pruebas de VIH e ITS a los grupos, sin considerar otras cuestiones de la salud sexual o salud mental.

Violación de la confidencialidad, anonimato y voluntariedad: se han mencionado algunas situaciones de coerción para la realización de las pruebas del VIH, como también servicios que no pueden garantizar el anonimato o la confidencialidad de sus usuarios.

No aplicación de la normativa o los protocolos: numerosos países de ALC cuentan con protocolos, procedimientos y algoritmos adecuados que guían las intervenciones con los grupos de población clave; sin embargo, se ha referido que hay personal sanitario que no se adhiere a ellos.

Discurso con prejuicios y moralizante: algunos usuarios de los servicios son objeto de intervenciones que juzgan moralmente el comportamiento y las prácticas de estos grupos.

Desconocimiento de las normas y prácticas por parte de los usuarios: los grupos de población clave coinciden en identificar el desconocimiento de sus derechos y las normas locales como una barrera para el ejercicio de sus derechos en los servicios de salud.

Falta de servicios de salud sexual amigables con horarios diferenciados

Nota: Factores planteados por los participantes en las consultas nacionales de prevención del VIH en mayo-junio del 2017.

la participación de las comunidades en la planificación y prestación de los servicios.

En esta línea, la Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud, muestra el compromiso de las entidades de las Naciones Unidas en colaborar para ayudar a los Estados Miembros a adoptar medidas multisectoriales

coordinadas con el fin de eliminar la discriminación en los centros de atención de la salud.

De acuerdo a representantes de los grupos de población clave, los servicios de salud son poco amigables y pueden en algunos casos llegarse a dar situaciones de maltrato, razón por la cual su demanda es muy baja, suponiendo una de las principales barreras para el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento del VIH y las ITS por

Consideraciones realizadas por participantes en las consultas nacionales para fortalecer los servicios amigables para los grupos de población clave

- Servicios de salud integrados, que incluyan delegación de funciones.
- Programar horarios diferenciados con servicios regulares, confiables y adecuados para los usuarios.
- Localizar los servicios estratégicamente donde los grupos de población clave se congregan o transitan.
- Involucrar a la comunidad y, en particular, a los grupos de población clave en el desarrollo, la promoción, la prestación, el monitoreo y la evaluación de los servicios.
- Capacitar al personal para que trabaje con diferentes grupos de la población clave en todos los niveles del servicio de salud, y para que realice el monitoreo y la evaluación de los esfuerzos de capacitación y sensibilización.
- Tomar medidas para garantizar que las actividades de aplicación de la ley no interfieran con el acceso a servicios de atención del VIH.
- Promocionar servicios asociados y privados con servicios comunitarios para la atención de grupos de población clave.
- Promoción de la creación de observatorios y defensores en las jurisdicciones sanitarias.
- Capacitación de población clave sobre sus derechos y sobre los mecanismos de reparación en caso de violación de dichos derechos. Mecanismos de reclamación y denuncia dentro y fuera del centro de salud ampliamente diseminados.

parte de los grupos de población clave. También identifican como los principales facilitadores de la discriminación en el sector de la salud la falta de capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud; desconocimiento de los profesionales y los usuarios de los derechos y la normativa vigente; horarios restrictivos; comportamiento corporativo entre profesionales y autoridades de los centros; prejuicios por parte de los profesionales; dificultades de tramitar quejas y denuncias, como también, en algunos casos, el no reconocimiento de

las organizaciones de sociedad civil como asociados clave para mejorar los servicios.

Algunas organizaciones de la sociedad civil de 25 países de ALC informaron tener algún mecanismo de rendición de cuentas en relación con la discriminación y las violaciones de derechos humanos en entornos de atención médica, como procedimientos de denuncia, mecanismos de compensación y procedimientos de rendición de cuentas o sistemas para proteger y respetar la privacidad o confidencialidad del paciente.



Formas de discriminación hacia las trabajadoras sexuales y recomendaciones frente a la estigmatización y su discriminación en los servicios de salud

De acuerdo con el estudio realizado por RedTraSex (33) en ALC, 75% de las TS reciben atención en el sistema público de salud, donde se han encontrado las siguientes formas de discriminación:

- Tratamiento hostil, demora injustificada de la atención y ser consideradas focos infecciosos de VIH e ITS.
- Juicios de valor que incluyen el uso de términos descalificatorios, humillantes o prejuiciosos, y equiparación del trabajo sexual con la delincuencia.
- Servicios de salud centrados en el control ginecológico y de las ITS, descuidando otros aspectos de una salud integral o asociados a las condiciones particulares del trabajo.
- Violación del derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Ausencia de horarios de atención compatibles con el trabajo sexual.

Las recomendaciones generales realizadas por las TS son (34):

1. Fomentar un mayor acceso a las consultas, con mejores horarios, así como el acceso al diagnóstico y tratamiento de urgencias ginecológicas.
2. Respetar la decisión de cada trabajadora sexual, sin hacer juicios de valor sobre la profesión.
3. Brindar información amplia y completa para que puedan tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva.

El 97% de los países informaron tener actividades de capacitación y sensibilización para la oferta de prueba de VIH a personas de los grupos de población clave. Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones, tal como se están llevando a cabo, para eliminar la estigmatización y la discriminación hacia los grupos de población clave en los servicios de salud se cuestiona por múltiples actores y estudios (30-32). A través de las referencias de los participantes en las consultas, se constata que estas capacitaciones no por monitoreo o evaluación de las mismas y hay una alta rotación de

recursos humanos y por tanto muchos no reciben capacitación o sensibilización. Los participantes consideraron exitosas la estrategia de contratación de consejeros de pares y navegadores comunitarios ya que mejoran el conocimiento y la comprensión sobre las necesidades de cada población y provee una sensibilización constante, así como intervenciones que incluyen la participación activa de los grupos de población clave y las personas con el VIH en el diseño, la implementación y la evaluación de los servicios de salud. Por ejemplo, la sensibilización en los servicios de salud llevada a cabo por las

propias organizaciones de la población clave, como las de RedTraSex, logra reducir la discriminación en los servicios de salud. Asimismo, los programas necesitan mantener políticas y códigos de conducta contra la estigmatización y la discriminación. Los representantes de los gobiernos y de la sociedad civil refirieron protocolos, resoluciones y normas para prevenir y sancionar la discriminación. Sin embargo, muchos profesionales de la salud, administradores de centros y usuarios desconocían su existencia y cómo aplicar dichas normas.

Poner fin a la violencia contra los grupos de la población clave

La violencia contra los grupos de población clave es un factor que aumenta el riesgo de exposición al VIH y las ITS^o (35). Los factores estructurales que influyen en la vulnerabilidad a la violencia son múltiples, incluidas las leyes discriminatorias, la represión institucional, las normas culturales y sociales que legitiman la estigmatización y la discriminación, así como la coexistencia de esta actividad con las de los grupos delictivos (por ejemplo, las maras en Centroamérica). Los índices de violencia verbal y física que pueden resultar en muerte (36), notificados contra las TS y las mujeres trans son elevados, al igual que la violencia homófoba. Por ejemplo, según el Observatorio de Personas Trans Asesinadas, en todo el mundo hubo 2 016 asesinatos de personas trans desde el 2008 al 2015, de los que 1 573 (78%) ocurrieron en ALC (37). Esto refleja la gravedad de la frecuencia de la

violencia y los crímenes contra las personas trans, que se correlacionan con la prevalencia de infección por el VIH en esta población, el diagnóstico tardío del VIH y el alto nivel de mortalidad.

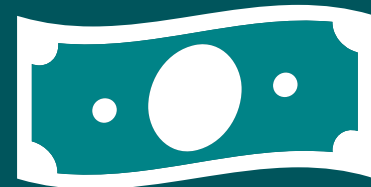
Las organizaciones de la sociedad civil y los programas nacionales están haciendo esfuerzos para abordar la violencia contra los grupos de población clave y crear un entorno propicio para promover el bienestar físico, sexual y emocional, además de la seguridad. Sin embargo, existe una limitación inherente: los programas y servicios de salud pertenecen a la órbita de los ministerios de salud, mientras que los funcionarios uniformados y los programas de lucha contra el crimen organizado dependen de otra cartera. Los responsables y técnicos de los programas consultados coinciden en señalar como una limitación considerable la falta de articulación entre ministerios y programas.

Los facilitadores críticos para mitigar la violencia incluyen: 1) mecanismos para documentar y monitorear la violencia, 2) capacitación de las personas de grupos de población clave, personas con el VIH y otras partes interesadas en comprender los derechos humanos, y 3) fortalecer el trabajo intersectorial para fomentar la responsabilidad de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de prevenir y responder a la violencia y a las violaciones de los derechos humanos.

Como parte de los esfuerzos para la prevención de la violencia institucional en el sector de la salud, deben revisarse las políticas y procedimientos de aplicación de las normas, capacitar y sensibilizar a los profesionales, capacitar a los grupos de población clave y crear mecanismos de veeduría de los derechos humanos.

^o La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) ONUSIDA y la OPS llaman a los Estados Miembros de la OEA a erradicar la estigmatización y la discriminación en relación con el VIH en las Américas en el 2012. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/sala-de-prensa-onusida/item/1883-la-cidh-la-cim-onusida-y-la-ops-llaman-a-los-estados-miembros-de-la-oea-a-erradicar-el-estigma-y-la-discriminacion-en-relacion-con-el-vih-en-las-americas>

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH



Las metas mundiales de prevención de la infección por el VIH incluyen destinar una cuarta parte del presupuesto de VIH a prevención del VIH y que, al menos, el 30% de los servicios sean dirigidos por la comunidad para el 2030.

ONUSIDA estima que la inversión en la respuesta del VIH de países de ALC (según datos de 33 países) en el 2013 fue de 3 000 millones de dólares estadounidenses (38). Del gasto en VIH, 88% se financió mediante fuentes nacionales y 12%, mediante fuentes internacionales. Asimismo, 23% (690 millones de dólares) del gasto destinado a la respuesta al VIH se dedicó a prevención ese mismo año.^P En el 2014, según datos de los 23 países que informaron gasto preventivo dirigido a los grupos de población clave, 7% del gasto en prevención se destinó a programas dirigidos a estos grupos (USD 44 millones de un total de 639 millones en prevención) (38).

Respecto a la sostenibilidad de la respuesta en prevención, 68% de los países (17/25)^Q disponen de una línea presupuestaria dedicada a este objetivo en sus presupuestos para el VIH. Sin embargo, 82% (27/33) dependen de fondos externos para la prevención y solo seis países financian 100% de sus acciones preventivas con fondos nacionales (cuadro 10). Esta dependencia se da principalmente en el área de prevención destinada a los grupos de población clave, y las cuantías varían de entorno al 5% en Bahamas a más de 95% en Haití, pero en más de la mitad de los países se estima que es inferior a un tercio de los fondos totales para la prevención.

En este sentido, podemos observar que nos enfrentamos a un reto doble: primero, reafirmar la voluntad política de destinar fondos nacionales a la financiación en este área y segundo, determinar las necesidades reales para aumentar la partida destinada a la prevención en los grupos de población clave.

En el 2014, en ALC los fondos para acciones de prevención se distribuyeron entre grupos de población clave de la siguiente manera: 6% para TS, 30% para HSH, 23% para parejas y clientes de

^P Considerando solo fondos públicos, el porcentaje del total dedicado a intervenciones destinadas a la prevención del VIH es de 20% y 28% en América Latina y el Caribe, respectivamente.

^Q Según información basada en la respuesta de los países de ALC a la encuesta de prevención del VIH, mayo del 2017.

los grupos de población clave, 3% para mujeres trans, 2% para prevención en consumidores de drogas y 36% para la población general. Varios países han informado en sus informes GARPR un gasto muy bajo o nulo en programas preventivos dirigidos a los grupos de población clave. Se constata que algunos países tienen dificultades para contabilizar el gasto dirigido a estas poblaciones y, a su vez, según conclusiones

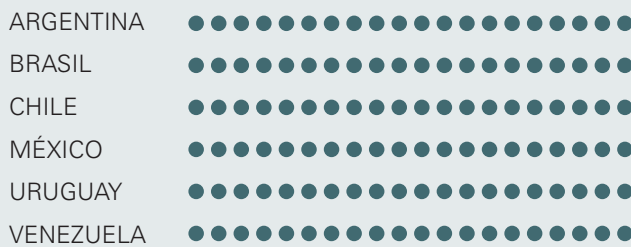
de los estudios realizados en varios países (como los GOALS y otros similares) la proporción del gasto destinado a grupos de población clave debe incrementarse para tener un mayor impacto en la reducción de nuevas infecciones (39-43).

Es importante que los países estimen las necesidades reales en prevención enfocada a grupos de población clave. A día de hoy:

CUADRO 10 Dependencia de los países de ALC de los fondos externos para la prevención de la infección por el VIH, julio del 2017

● Porcentaje de financiación nacional

PAÍSES CON 100% DE FINANCIACIÓN NACIONAL



PAISES DEPENDIENTES DE FONDOS EXTERNOS PERO SIN INFORMACION SOBRE EL PORCENTAJE DE DEPENDENCIA

- ANTIGUA Y BARBUDA
- BARBADOS
- BELICE
- BOLIVIA
- COLOMBIA
- CUBA
- ECUADOR
- GRANADA
- GUYANA
- JAMAICA
- PERÚ
- REPÚBLICA DOMINICANA
- SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS
- SAINT KITTS Y NEVIS
- TRINIDAD Y TABAGO

PAÍSES QUE TIENEN APOYO DE FONDOS EXTERNOS



Fuente: OPS. Respuestas de país a los cuestionarios sobre prevención del VIH, 2017. Notas conceptuales del Fondo Mundial e informes PEPFAR.



© Joshua E. Cogan

- Se constata que la cuantía destinada actualmente es insuficiente, ya que 1) los paquetes de servicios integrales ofrecidos son incompletos (salvo Bahamas y, muy pronto, Barbados y Brasil, ningún país ofrece un paquete completo de servicios, sin mencionar el ofrecimiento pruebas autoadministradas de forma subsidiada dentro de los programas nacionales), y 2) la cobertura de servicios de los grupos de población clave es deficitaria.
- Se desconoce la magnitud del gasto necesario para cubrir estas necesidades, tanto a nivel regional como por país.

Asimismo, los países deben mejorar la información sobre financiación en prevención del VIH, por ejemplo mediante la institucionalización de la realización de cuentas nacionales de salud,

La cuantía destinada actualmente a prevención del VIH en grupos de población clave es insuficiente ya que hay intervenciones que no se ofrecen y en otras la cobertura es baja.

usando la metodología recomendada por la OMS (44) y considerar la realización sistemática de ejercicios MEGAS^r (con un coste aproximado de 5 000 dólares), o estudios similares, que con un bajo costo, permiten monitorear el gasto dedicado a las acciones de prevención en poblaciones clave.

Por otro lado, 60% de los países (15/25) informan que cuentan con financiación de recursos nacionales para la sociedad civil. Sin embargo, en algunos países estos fondos se dan en forma de provisión de insumos y no se ha cuantificado la cantidad financiada.

^r MEGAS: Estudio de medición del gasto de la respuesta nacional ante el VIH y sida. Puede obtener más información en el siguiente enlace: http://www.unaids.org/es/resources/documents/2009/20090630_20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf

En conclusión, en ALC predomina la dependencia de fondos externos para las acciones de prevención destinadas a los grupos de población clave, así como la financiación insuficiente destinada a las organizaciones de la sociedad civil que son las que, de manera más efectiva, logran alcanzar a estos grupos. Algunos informantes de los grupos de población clave en los países con financiación 100% nacional señalan la insuficiencia del apoyo financiero nacional a las organizaciones de la sociedad civil para realizar acciones de prevención del VIH destinadas a estos grupos. Los gobiernos deben crear líneas y mecanismos para financiar a la sociedad civil mediante fuentes nacionales para apoyar las intervenciones de prevención del VIH y, en aquellos países donde ya existen, incrementar las asignaciones, generando mecanismos transparentes y justos para seleccionar a los prestadores de los servicios.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



En este informe se analizan elementos que muestran las principales brechas con respecto a la prevención de la infección por el VIH que persisten en ALC. La aplicación del abordaje de la prevención combinada se presenta como la mejor opción para que ALC avance hacia las metas fijadas para el 2020 y el 2030. Sin embargo, dado que dos años después de que los países de ALC suscribieran las metas regionales de prevención no se ha logrado aún reducir el número de nuevas infecciones por el VIH, este informe marca pautas para reorganizar los esfuerzos y tener mayor impacto a fin de lograr la sostenibilidad de los resultados. A continuación se describen las principales áreas en las que se deberían centrar los esfuerzos en ALC:

- Existe una doble brecha en ALC: en primer lugar, en cuanto a la provisión del conjunto completo de intervenciones de eficacia comprobadas para la prevención, lo cual conlleva una pérdida de sinergias para lograr más rápidamente un mayor impacto en la reducción de la transmisión de la infección. En segundo lugar, en cuanto a la cobertura de los servicios, dado que en los pocos casos en los que se provee un conjunto completo de servicios, la cobertura es muy limitada, lo que genera buenas prácticas pero muy poco impacto en la trayectoria de la epidemia.
- El enfoque de la prevención combinada sigue estando poco incorporado en el trabajo tanto de las instituciones como de la sociedad civil. Es necesario promover la capacitación y el diálogo

en este abordaje para definir su aplicación a través de un conjunto de intervenciones adaptadas a las realidades nacionales.

- En muchas ocasiones los servicios o las intervenciones se emprenden de forma aislada y fragmentada. Hay muchas oportunidades de mejora en este sentido, como aprovechar la prestación de servicios para abordar las necesidades de prevención considerando el abanico más amplio de las intervenciones disponibles.
- Se ha avanzado en mejorar el acceso a la prueba del VIH, y más personas con el VIH conocen su diagnóstico. Sin embargo, sigue siendo alto el porcentaje de personas con el VIH que reciben un diagnóstico tardío. Se deben continuar ampliando las medidas emprendidas para mejorar la oferta de la prueba del VIH enfocada hacia los grupos de población clave, abordando las barreras legales, tecnológicas, de oferta de servicios, etc.
- A pesar de las claras recomendaciones de la OMS basadas en la evidencia, inclusive con aportes significativos de investigaciones en ALC sobre intervenciones como PrEP, pruebas autoadministradas y PEP, se está tardando en adoptar en las políticas públicas estas nuevas herramientas de la prevención combinada. Se necesita urgentemente un mayor compromiso político, una implementación facilitada por un diálogo más estructurado y una colaboración entre instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil al fin de acelerar la ampliación de la oferta de servicios preventivos dirigidos a la población clave.
- La financiación de la mayor parte de las medidas de prevención (prevención de la transmisión materno-infantil, seguridad de la sangre, tratamiento de las ITS, etc.), incluso en los países dependientes de la financiación externa, proviene de fondos gubernamentales. Sin embargo, las intervenciones y servicios de prevención dirigidos hacia y por los grupos de población clave tienen un alto grado de dependencia financiera de fondos externos. En los países con dependencia financiera se deberá entablar un diálogo y acciones para definir mecanismos de transición de la financiación hacia fondos nacionales, que incluyan determinar los servicios necesarios y su forma de provisión, desarrollando hojas de ruta para la transición.
- No se sabe cuánto costaría el cumplimiento de las metas de prevención en ALC y, por ello, se desconoce la brecha en la inversión. No hay estimaciones precisas por país del costo de cubrir todas las necesidades de prevención, ni tampoco de cuántos servicios enfocados en los grupos de población clave son provistos por organizaciones de la sociedad civil. Se debe fortalecer la realización sistemática de estudios MEGAS y la diseminación de sus resultados, tanto como mecanismo de rendición de cuentas como para poder hacer el seguimiento de las brechas y del progreso hacia los compromisos establecidos.
- Para mejorar el desempeño y eficiencia de los servicios de salud, se debe abordar la fragmentación que tienen fomentando las redes integradas de servicios de salud y los servicios enfocados a las necesidades de los grupos de población clave, y aprovechando la participación social y el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil.
- Se ha detectado una falta de datos y de análisis sobre los indicadores clave relativos a la prevención del VIH en grupos de población clave. Esto muestra una debilidad de los sistemas de información estratégica sobre los resultados y el impacto de los programas dirigidos principalmente a estos grupos.
- Persiste la discriminación hacia los grupos de población clave en los servicios de salud. Aunque buenas prácticas y avances en el abordaje de la estigmatización y la discriminación en los servicios de salud, las estrategias empleadas para hacerlas más efectivas, involucrando a las

personas de estos grupos en la elaboración de estrategias para su resolución.

En América Latina y el Caribe existe un fuerte liderazgo de los gobiernos y de la sociedad civil para terminar con el sida, pero todavía queda mucho por hacer para eliminar las barreras estructurales para los grupos de población clave y mejorar la calidad de atención en los centros de salud. Estos son los cimientos indispensables sobre los que se debe construir una respuesta integral a la infección

por el VIH y las ITS en los próximos años, que requerirá más y mejor información, al igual que un incremento en los recursos técnicos y financieros. Las condiciones están dadas para implementar el abordaje de la prevención combinada. Esperamos que este informe sirva como catalizador de los mecanismos y estructuras que la nueva Coalición Mundial de Prevención recomienda en su plan de acción acelerada para llegar a las metas para el 2020 en esta fase siguiente en la respuesta a la epidemia del VIH.

El abordaje de la prevención combinada se presenta como la mejor opción para que ALC avance hacia las metas fijadas para el 2020 y el 2030.



© Instituto Nacional Cardiopulmonar. Honduras

ANEXO

CUADRO 1 Metas de prevención del VIH de ámbito subregional

Metas	Valor basal (%)	Meta 2020 (%)	Meta 2030 (%)	Subregión
Porcentaje de personas de 15-24 años que identifica correctamente los métodos de prevención de la infección por VIH y que conoce los principales errores sobre la transmisión del VIH	41	90	–	América del Sur y Caribe
Acceso a paquetes de prevención combinada*: porcentaje de consumidores de drogas a quienes se ofrecieron programas de prevención combinada	–	90	95	América del Sur
Porcentaje de consumidores de drogas que se sometieron a una prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses y que conocen el resultado	–	90	95	América del Sur
Porcentaje de consumidores de drogas que informan el uso de preservativo en su relación sexual más reciente	–	90	95	América del Sur
Porcentaje de personas de 15-24 años, con más de una pareja en los pasados 12 meses, que usaron el preservativo en su relación sexual más reciente	–	90	95	Caribe
Porcentaje de financiación dedicado a prevención del VIH en grupos de población clave	7	25	25	América del Sur y Caribe

*Apropiados y adaptados al contexto local y cultural.

Fuente: OPS, ONUSIDA. Metas de prevención regionales. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención. Río de Janeiro, 2015.

CUADRO 2 Cascada de programación de servicios por población clave y país, América Latina y el Caribe, año más reciente disponible

Los datos del tamaño de cada uno de los grupos de población clave que han informado los países, el número de grupos que el país ha considerado alcanzables a la hora de elaborar sus notas conceptuales y la meta con respecto a cada uno de los grupos establecidos en dicha nota conceptual.

	HSH			Mujeres trans			TS		
	Tamaño	Población alcanzable	Meta de prevención	Tamaño	Población alcanzable	Meta de prevención	Tamaño	Población alcanzable	Meta de prevención
Belice	n/d	2,618	700	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Bolivia	29 490	26 134	9 282	833	1 188	670	n/a	n/a	n/a
Colombia	545 042	154 499	92 699	24 891	6 923	3 115	n/a	n/a	n/a
Costa Rica	33 208	28 988	7 563	n/d	578	468	n/a	n/a	n/a
Cuba	257 921	191 131	180 205	3 544	3 002	2 915	89 008	20 877	16 846
Ecuador	47 410	32 138	30 531	4 366	6 820	6 274	n/a	n/a	n/a
El Salvador	54 140	16 932	13 844	2 011	2 011	1 548	44 972	13 305	10 644
Guatemala	124 366	112 738	20 509	4,840	4 891	3 713	36 113	25 846	15 779
Guyana	3 327	3 327	2 994	n/a	n/a	n/a	5 256	5 256	4 836
Haití	54 700	54 140	17 855	n/a	n/a	n/a	70 302	112 300	100 750
Honduras	40 949	40 949	28 664	2 975	2 975	2 083	22 771	22 771	13 663
Jamaica	33 000	26 358	14 000	n/d	7 006	4 000	18 696	19 157	11 180
Nicaragua	58 072	43 835	35 068	4 837	3 805	2 778	17 622	14 822	12 302
Panamá	15 842	17 151	9 443	888	961	525	5 217	5 648	2 332
Paraguay	24 115	20 293	11 935	904	671	537	3 369	3 276	2 293
Perú	266 565	254 827	114 415	35 542	33 977	15 181	n/a	n/a	n/a
República Dominicana	124 472	131 997	79 860	8 891	3 900	3 400	97 758	97 758	60 030
Total	1 712 619	1 158 055	669 567	94 522	78 708	47 207	411 084	341 016	250 655

Fuente: Tamaño de población: Informes de país del GAM; 2016.

N/d: no disponible; n/a: no aplicable o hay subvención del Fondo Mundial para estos grupos.

CUADRO 3 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y mujeres trans que se han sometido a la prueba de detección del VIH en los últimos 12 meses en América Latina y Caribe, año más reciente disponible

País	HSH (%)	Año, muestra, metodología o estudio	TS (%)	Año, muestra, metodología o estudio	Mujeres trans (%)	Año, muestra, metodología o estudio
AMÉRICA DEL NORTE						
México	48	2013. Muestra: 6 617. 24 ciudades de las 5 regiones del país	96	2013. Muestra 1 034 en Jalisco, Estado de México, Veracruz	73 ^b	2012
CENTROAMÉRICA						
Costa Rica	65	2011	98	2013	–	–
El Salvador	77	2016. Muestra: 943. 6 departamentos. Metodología RDS	90	2016. Muestra 800	74	2016, Muestra 222. San Salvador
Guatemala	45 ^b	2012. Muestra: 443. Ciudad de Guatemala. Metodología RDS	97 ^b	2016	96	2013, Muestra 130. RDS
Honduras	55	2012. Muestra: 706. Tres ciudades	63 ^b	2012	66 ^b	2012. Metodología RDS
Nicaragua	96	2016. Muestra: 1 400. Metodología RDS	83	2016. Muestra 1100	94	2016, Muestra 135. Metodología RDS
Panamá	79 ^a	2016	55 ^{a,b}	2016	60 ^a	2016
ZONA ANDINA						
Bolivia (Estado Plurinacional de)	46	2015. Muestra 1160. 4 ciudades	72	2010. Muestra 1990	–	–
Colombia	27 ^b	2016. Muestra: 2 262. 7 ciudades	91	2016. Muestra 2198, Bogotá DC, Medellín, Barranquilla, Cali, Bucaramanga	43	2016. Muestra 1008. 4 ciudades
Ecuador	77 ^b	2015	60 ^b	2015	–	–
Perú	5 ^{a,c}	2015	35 ^a	2015	–	–

Fuentes: ONUSIDA/OMS Informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2011-2016; se indican a continuación otras fuentes de datos de los países.

Nota: Los datos se basan en encuestas en ciudades seleccionadas, de lo contrario se indica. Se utilizaron diferentes métodos de recogida de datos (es decir, RDS, PLACE, muestra de conveniencia), criterios de inclusión y tamaños de muestra.

a Datos de programas de atención a población clave

b Datos notificados directamente a la OPS

c Numerador: Datos del servicio de prueba y consejería. Denominador: estimación del tamaño poblacional

CUADRO 3 (continúa)

Pais	HSH (%)	Año, muestra, metodología o estudio	TS (%)	Año, muestra, metodología o estudio	Mujeres trans (%)	Año, muestra, metodología o estudio
CONO SUR Y BRASIL						
Argentina	48	Muestra: 1 015. Área metropolitana de Buenos Aires	37 ^b	2014	56 ^b	2014
Brasil	22 ^b	2010. Metodología RDS	52	2016. Muestra 4,245. Metodología RDS	–	–
Chile	48	2016 Muestra: 375. Región metropolitana de Santiago. Metodología RDS	58	2016. Muestra 370. Muestreo Tiempo espacio. Región Metropolitana de Santiago	–	–
Paraguay	46 ^a	2014. Muestra: 669. Base de datos de laboratorio	64	2014. Muestra 726	97 ^b	2014
Uruguay	47	2013. Muestra: 290. 7 ciudades	33 ^a	2013. Reporte mensual de control de salud	76 ^b	2013. Muestra 206. Alcance nacional
CARIBE						
Antigua y Barbuda	–	–	23 ^b	2014 Muestra 314. Metodología RDS	–	–
Bahamas	91	2015. Muestra: 103. Metodología RDS	–	–	–	–
Barbados	46	2014. Muestra: 125	–	–	–	–
Belice	44	2016 Muestra: 300	65 ^b	2013	–	–
Cuba	24	2015. Muestra: 255 699	39	2015 Muestra 33,807	–	–
Dominica	36	2011. Muestra: 72	–	–	–	–
Guyana	83 ^{a,b,c}	2016	70 ^{a,b,c}	2016	57 ^{a,b,c}	2016
Haití	69	2016. Muestra: 626	–	–	–	–
Jamaica	69	2011	65	2014 Muestra 1 009. Metodología PLACE	–	–
República Dominicana	19	Muestra: 1 637	85	2012 Muestra: 1 928	84 ^b	2016
Saint Kitts y Nevis	95	2011. Muestra: 150	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	32	2011. Muestra: 74	–	–	–	–
Suriname	97	2011	95	2011. Muestra 164	–	–
Trinidad y Tabago	57	2015 Muestra: 246. Metodología RDS	–	–	–	–

CUADRO 4 Prevalencia de sífilis activa en hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en América Latina y el Caribe, 2010-2016

País	Prevalencia de sífilis (%)	Denominador	Tipo de sífilis	Año	Observaciones
Antigua y Barbuda	10,0	20	s/d	2012	
Argentina	17,7	1 014	Sífilis activa	2014	
Bahamas	35,0	103	s/d	2015	
Barbados	13,6	125	s/d	2014	
Bolivia	29,0	107	s/d	2014	
Brasil	8,3	3 096	Test rápido	2009	
Chile	0,8	375	Sífilis activa	2015	
Colombia	24,2	232	s/d	2016	
Costa Rica	13,7	300	s/d	2010	
Ecuador	6,2	419	s/d	2012	
El Salvador	8,9	2 071	s/d	2016	Sitios centinelas
Guatemala	7,5	730	s/d	2016	
Guyana	1,0	388	Test rápido	2014	
Honduras	4,3	1 596	Sífilis activa	2014	Datos de clínicas VICITS
México	14,1	20 710	Sífilis activa	2016	
Nicaragua	2,2	1 400	s/d	2016	
Panamá	27,6	674	Sífilis activa	2016	Datos de clínicas VICITS
Paraguay	5,7	3 372	s/d	2016	
Perú	11,1	13 244	Prueba no treponémica	2014	
República Dominicana	12,9	1 636	s/d	2012	
Trinidad y Tabago	21,0	290	s/d	2011	
Uruguay	21,0	290	Test rápido	2013	

Fuente: OPS. Información directa de los países a la OPS. Red PrEP.

Notas: * puede haber más países con PrEP obtenido por prescripción de médicos privados. Las fechas en el cuadro son aproximadas.

CUADRO 5 Prevalencia de sífilis activa en trabajadoras sexuales, América Latina y el Caribe, 2010-2016

País	Prevalencia de sífilis (%)	Denominador	Tipo de sífilis	Año de los datos	Observaciones
Argentina	14,1	78	Sífilis activa	2014	
Belice	0,5	216	s/d	2012	
Bolivia	3	14 332	s/d	2014	
Brasil	8,4	4173	s/d	2016	
Chile	0,5	5 137	Sífilis activa	2016	Datos de centros atención ITS
Colombia	1,5	2 198	Sífilis informada por persona encuestada	2016	No se realizó serología
Costa Rica	4,5	246	Sífilis activa	2013	Datos de clínicas VICITS
El Salvador	3,1	1 929	s/d	2016	
Guatemala	0,5	1 234	s/d	2015	
Guyana	1,6	386	Prueba rápida	2013	Incluye a hombres, mujeres y trans
Honduras	10	386	Sífilis activa	2016	Datos de clínicas VICITS
México	1,8	4 874	s/d	2016	
Nicaragua	4,5	134	s/d	2016	
Panamá	2,4	415	Sífilis activa	2016	Datos de clínicas VICITS
Paraguay	1,2	2 429	s/d	2016	
Perú	6,1	33 034	Sífilis sin especificar	2014	
República Dominicana	9,5	1 929	s/d	2012	
Trinidad y Tabago	10,8	102	s/d	2011	
Uruguay	8	224	Sífilis activa	2016	

Fuente: ONUSIDA/OMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida correspondientes al 2016.

Nota: s/d: Sin dato.

CUADRO 6 Prevalencia de la sífilis en embarazadas en América Latina y el Caribe, 2015-2016

País	Prevalencia de sífilis (%)	Denominador	Tipo de sífilis	Año de los datos	Observaciones
Antigua y Barbuda	0,5	1 042	Sífilis activa	2016	
Argentina	1,5		Sífilis activa	2015	
Barbados	1,5	1 056	Test rápido	2016	
Bolivia	0,8	5 746	Sífilis activa	2016	Estudio de prevalencia
Brasil	0,8	33 801	Sífilis activa	2011	Estudio de prevalencia
Chile	0,2	180 985	Sífilis activa	2015	
Colombia	1,5	270 532	Test rápido y VDRL	2016	
Costa Rica	0,9	52 428	VDRL	2015	
Cuba	0,5	114 421	Sífilis activa	2016	
El Salvador	0,3	50 489	VDRL	2016	
Granada	1,0	999	VDRL	2016	
Guatemala	1,1	68 816	Sífilis activa	2016	
Haití	2,8	222 773	Test rápido		
Honduras	0,1	117 536	Test rápido	2016	
Jamaica	1,5	22 166	Test rápido		
Nicaragua	0,1	107 596	Test rápido	2016	Estudio de prevalencia
Panamá	1,6	50 238	Test rápido	2015	
Paraguay	2,9	90 696	Sífilis activa	2016	Estudio de prevalencia
República Dominicana	2,0	139 121	VDRL	2016	
Saint Kitts y Nevis	0,0	508	Sífilis activa	2016	
Santa Lucía	2,1	1 986	Sífilis activa	2016	
Trinidad y Tabago	0,2	12 927	Sífilis activa	2016	
Uruguay	0,9	45 097	Test rápido y VDRL	2016	
Venezuela	2,0	109 949	VDRL	2016	

Fuente: ONUSIDA/OMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida correspondientes al 2016

Nota: s/d: Sin dato

CUADRO 7 Disponibilidad de pruebas rápidas de sífilis en América Latina y el Caribe, 2016

País	Prueba rápida de la sífilis	Prueba rápida para los grupos de población clave	Prueba rápida para embarazadas
Antigua y Barbuda	Sí	No	Sí
Argentina	No	No	No
Aruba	Sí	No	Sí
Bahamas	Sí	Sí	Sí
Barbados	No	No	No
Belice	No	No	n/d
Brasil	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	Sí	No	Sí
Chile	No	No	No
Cuba	Sí	Sí	Sí
Dominica	No	No	No
El Salvador	Sí	Sí	Sí
Granada	Sí	No	Sí
Guatemala	Sí	Sí	Sí
Guyana	Sí	No	Sí
Haití	Sí	Sí	Sí
Honduras	No	No	No
Jamaica	Sí	No	Sí
México	Sí	Sí	Sí
Montserrat	Sí	No	Sí
Nicaragua	No	No	No
Panamá	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí
Perú	Sí	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	Sí	No	Sí
Santa Lucía	No	No	No
Suriname	No	No	No
República Dominicana	Sí	Sí	No
Uruguay	Sí	Sí	Sí
Venezuela	No	No	No

Fuente: OPS. Respuestas de país a *Encuesta de prevención del VIH*, mayo del 2017. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Washington DC, OPS, 2016; Comunicación directa con países.

Nota: n/d: No disponible

CUADRO 8 Vigilancia epidemiológica de infecciones de transmisión sexual (ITS) en América Latina y el Caribe, por país y territorio, 2016

País	Vigilancia de las ITS	Notificación de sífilis en el adulto	Notificación de sífilis congénita
Anguila	No	–	–
Antigua y Barbuda	Sí	Sí	Sí
Argentina	Sí	Sí	Sí
Aruba	No	–	–
Bahamas	Sí	–	Sí
Barbados	Sí	–	Sí
Belice	Sí	Sí	Sí
Bermuda	No	–	–
Bolivia	Sí	Sí	No
Brasil	Sí	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí	Sí
Colombia	Sí	No	Sí
Costa Rica	Sí	Sí	Sí
Cuba	Sí	Sí	Sí
Dominica	Sí	–	Sí
Ecuador	Sí	Sí	Sí
El Salvador	Sí	Sí	Sí
Granada	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Sí	Sí	Sí
Guyana	Sí	Sí	–
Haití	Sí	Sí	No
Honduras	Sí	No	Sí
Jamaica	Sí	–	Sí
México	Sí	Sí	Sí
Nicaragua	Sí	Sí	Sí
Panamá	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Sí	Sí	Sí
Perú	No	No	Sí
República Dominicana	Sí	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	Sí	–	Sí
San Vicente y las Granadinas	Sí	Sí	Sí
Santa Lucía	Sí	Sí	Sí
Suriname	Sí	–	–
Trinidad y Tabago	Sí	Sí	–
Uruguay	Sí	Sí	Sí
Venezuela	Sí	No	Sí

Fuente: OPS. Respuestas de país a la *Encuesta de prevención del VIH*, mayo del 2017. NUSIDA/OMS, informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2013-2016; OPS. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis en las Américas. Washington DC, OPS 2016.

CUADRO 9 Porcentaje de trabajadoras sexuales (TS) que informan haber utilizado preservativo con el cliente más reciente, y de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y mujeres trans que informan haber utilizado un preservativo en su relación sexual anal más reciente con una pareja masculina, año más reciente disponible

País	HSH (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar	TS (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar	Mujeres trans (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar
Antigua y Barbuda	81	2013. Muestra: 80	70	2014. Muestra: 314. RDS	–	–
Argentina	64 ^b 37 ^c	2014	97 ^b 25 ^c	2014. Muestra: 759	94 36 ^c	2014
Bahamas	63 ^b	2016. Muestra: 103. RDS	–	–	–	–
Barbados	58	2014. Muestra: 125	–	–	–	–
Belice	81	2016. Muestra: 258	85	2016. Muestra: 297. Estudio TRaC	86	2016. Muestra: 42. Estudio KAP
Bolivia	58	2015. Muestra: 1 160. RDS	96	2010. Muestra: 1 990	89	2013. Muestra: 415
Brasil	63 ^b	2011	86	2013	–	–
Chile	42	2016. Muestra: 375. Región Metropolitana Santiago. RDS	97	2015 Muestra: 370. Vibimos. Universidad de Chile. Muestreo por tiempo y lugar	–	–
Colombia	52 ^b	2016. Muestra: 2 562. 7 ciudades de Colombia. RDS	98	2016. Muestra: 2 598. Bogotá D.C., Medellín, Barranquilla, Cali, Bucaramanga	92 ^b	2013. Muestra: 368
Costa Rica	76	2016. Muestra: 734. Gran área metropolitana. RDS	92	2016. Muestra: 612. Estudio TRAC	74	2016 Muestra: 57. Gran área metropolitana. Estudio TRAC
Cuba	57	2015 Muestra: 69 412	72	2015. Muestra: 33 807	47	2016. Muestra: 1 517
Dominica	63	2011. Muestra: 57	–	–	–	–
Ecuador	77	2015. Muestra: 625.	96	2015. Muestra: 531.	94	2015. Muestra: 331.
El Salvador	61	2016. Muestra: 943	73	2016. Muestra: 907	96	2016. Muestra: 224
Guatemala	62 ^b	2013. Muestra: 555. Ciudad de Guatemala y Coatepeque	98	2013 Muestra: 1 216. Ciudad de Guatemala, Escuintla, Malacatán	66	2013. Muestra: 205
Guyana	61 ^b	2014. Muestra: 545. 9 regiones administrativas.	84 ^b	2014. Muestra: 181.	46 ^b	2014. Muestra: 68.
Haití	75	2016. Muestra: 626	90	2015. Muestra: 1 780. RDS	–	–

(continua)

CUADRO 9 (continúa)

País	HSH (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar	TS (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar	Mujeres trans (%)	Año, muestra, metodología o estudio y lugar
Honduras	46 ^a	2016. Muestra: 1 596. Servicios VICITS	88	2016. Muestra: 907. Tegucigalpa, La Ceiba, San Pedro Sula	44 ^b	2016. Muestra: 90. Servicios VICITS
Jamaica	73	2013. Muestra: 453	85	2016. Muestra: 1 009.	–	–
México	73	2013. Muestra: 5 729	85	2012. Muestra: 633	80 (no TS) 95 (TS)	2012. Muestra: 146. Muestra: 171
Nicaragua	55	2016. Muestra: 1 400	92	2016. Muestra: 1 100	60	2016. Muestra: 135. RDS
Panamá	84 ^a	2016. Muestra: 2 056. Servicios VICITS	77	2016. Muestra: 708. Servicios VICITS	86 ^b	2016. Muestra: 70. Servicios VICITS
Paraguay	65	2014 Muestra: 617	99	2014 Muestra: 726	57 ^{b,c} 94 con cliente	2014 Muestra: 170
Perú	50	2011. Muestra: 1 571	95	2013. Muestra: 770	73	2013
República Dominicana	40	2012. Muestra 1 637	85	2012. Muestra 1 929.	80 ^b	2016
Saint Kitts y Nevis	82	2011. Muestra: 150	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	73	2011. Muestra: 45	–	–	–	–
Suriname	53	2011. Muestra: 319	90 ^a	2012	–	–
Trinidad y Tabago	51	2015. Muestra: 246	–	–	–	–
Uruguay	68	2013. Muestra: 290. Montevideo, Canelones, Maldonado, Colonia, Rivera, Cerro Largo, Artigas	–	–	99	2013. Muestra: 113. Montevideo, Canelones, Maldonado, Colonia, Rivera, Cerro Largo, Artigas

Fuentes: ONUSIDA/OMS. Informes de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida, 2011-2016; en el cuadro se indican otras fuentes de datos de los países.

a Datos de programas de atención a los grupos de población clave.

b Datos notificados directamente a la OPS.

c Uso de preservativo con un compañero estable.

Notas: Los datos se basan en encuestas en ciudades seleccionadas, de lo contrario se indica. Se utilizaron distintos métodos de recogida de datos (es decir, RDS, PLACE, muestra de conveniencia), criterios de inclusión y tamaños de muestra. Los porcentajes se han redondeado.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA. Estimaciones de Spectrum, 2017.
2. ONUSIDA. Acción acelerada para acabar con el sida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Ginebra: ONUSIDA; 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UN-AIDS-strategy-2016-2021_es.pdf.
3. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe en el continuo de atención del VIH. Prevención combinada del VIH, Río de Janeiro, Brasil, del 18 al 20 agosto del 2015. Se puede encontrar información en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11155%3Apaíses-se-comprometen-reducir-75-nuevas-infecciones&Itemid=1926&lang=es.
4. ONUSIDA. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. UNAIDS Discussion Paper. Ginebra: ONUSIDA, 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf.
5. ONUSIDA. Acción acelerada para la prevención combinada: Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2015. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf.
6. OMS. Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of cotrimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children. Recommendations for a public health approach. December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines. Ginebra: OMS; 2014.
7. OMS. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Junio de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en>.
8. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med* 2016; 375(9):830-9.
9. OPS. "90-90-90"; las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe. Ciudad de México, 28 de mayo del 2014. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239.
10. OMS. Directrices unificadas sobre los servicios para el diagnóstico del VIH. Las cinco C: consentimiento, confidencialidad, consejería, resultados correctos y enlace al cuidado. Ginebra. Julio de 2015.
11. ONUSIDA. UNAIDS guidance for partnerships with civil society, including people living with HIV and key populations. UNAIDS Guidance Document. Ginebra: ONUSIDA; 2011. Disponible en: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/ubraf/20130624_UNAIDS_WorkingPaper_CSengagement.pdf.
12. Newman LM, Rowley J, Vander Hoorn S, Saman N, Unemo M, Low N, et al. Estimaciones mundiales de la prevalencia y la incidencia de cuatro ITS curables en 2012. *PLoS One*; 2015.
13. Instituto de Salud Pública de Chile. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. Chile, 2010-2016. Boletín vol. 6, n.º 12, diciembre del 2016.
14. Best A., Blackman T., Crichlow S., Smith F., Best M. Syphilis Surveillance in Barbados; Special Report 2011-2014 Ministry of Health, Government of Barbados, 2017.
15. Yucatán Ahora. Cada dos días surge un caso de sífilis en Yucatán. Artículo publicado el 18 de abril del 2017. Disponible en: <http://yucatanahora.com/noticias/cada-dos-dias-surge-caso-sifilis-yucatan-67828>. Veládez B. Milenio.com. Aumenta 40 veces la incidencia de sífilis en una década. Artículo publicado el 1 de noviembre del 2016. Disponible en: http://www.milenio.com/cultura/Aumenta-veces-incidencia-sifilis-decada_0_839916024.html.
16. OMS. El aumento de la gonorrea resistente a los antibióticos hace necesarios nuevos fármacos. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/Antibiotic-resistant-gonorrhoea/es>.
17. OPS. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. OMS. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>.
19. OPS. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf?sequence=6>.
20. OMS. A tool for strengthening STI surveillance at the country level. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/sti-surveillance/en>.
21. OMS. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf?ua=1>.
22. OMS. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en>.
23. OMS. PrEP Implementation Guidance. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en>.
24. OMS. WHO Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 1: Clinical. Ginebra: OMS; 2017 (WHO/HIV/2017.17). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255889/1/WHO-HIV-2017.17-eng.pdf?ua=1>

25. Ravasi G, Grinsztejn B, Baruc R, Guanira V, Luque R, Caceres C, Ghidinelli M. Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. *Journal of the International AIDS Society* 2016, 19 (Suppl 6): 21113. Disponible en: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21113>.
26. ONUSIDA. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper. Ginebra: ONUSIDA; 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf.
27. ONUSIDA. Informe de política: Mayor participación de las personas que viven con el VIH (MPPVS). Ginebra: ONUSIDA; 2007. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1299-policybrief-gipa_es_0.pdf.
28. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network report. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2006. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
29. Naciones Unidas. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Resolución A/RES/70/266 de la Asamblea General. Nueva York: Naciones Unidas; 2016. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf.
30. Moral de la Rubia JM, Valle de la O A, Martínez Gómez E. Evaluación del rechazo hacia la homosexualidad en estudiantes de medicina y psicología con base en tres escalas conceptualmente afines. *Psicología desde el Caribe*, 2013;30(3):526-50. Disponible en: <http://tinyurl.com/j6olbpt>.
31. Campo-Arias A, Herazo E, Cogollo Z. Homofobia em estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(3):839-43. Disponible en: <http://tinyurl.com/hg53gdy>.
32. Centro para la Educación y Prevención del SIDA. Resultados de impacto de la estrategia IEC en HSH en seis departamentos del pacífico de Nicaragua. 2009. Disponible en: <http://tinyurl.com/jt7th6s>.
33. Redtrasex. Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. 2013. Disponible en: <http://www.redtrasex.org/Estudio-sobre-estigma-y.html>.
34. Redtrasex. Ponte en nuestros zapatos. Guía de buenas prácticas en el personal del sistema de salud. 2013. Disponible en https://www.redtrasex.org/IMG/article_PDF/article_a1328.pdf.
35. Shannon K, Strathdee S, Goldenberg S, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385: 55-71. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614609314>.
36. OPS, John Snow, Inc., World Professional Association for Transgender Health, et al. Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans Persons and their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries. Arlington, VA: John Snow, Inc.; 2014.
37. TvT research project "Trans Murder Monitoring results: TMM TDV 2016 Update," Transrespect versus Transphobia Worldwide. Disponible en: http://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/03/TvT_TMM_TDoV2016_Tables_EN.pdf.
38. ONUSIDA. Aran C. Gasto en VIH/sida en América Latina y el Caribe. Ginebra: ONUSIDA; 2017.
39. Conklin E, Hamilton M y Tarantino L. Health Finance & Governance Project. Sustaining the HIV and AIDS Response in the Countries of the OECS: Regional Investment Case Analysis. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.; 2014.
40. Hamilton M, Tayag J. Sustaining the HIV and AIDS Response in Grenada: Investment Case Brief. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.; 2014. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00M1K6.pdf.
41. Kukla M, Hamilton M y Conklin E. Sustaining the HIV and AIDS Response in St. Vincent and the Grenadines: Investment Case Brief. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.; 2014.
42. USAID/PASCA. Caso de inversión en VIH Honduras. Marzo del 2017. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00N15Z.pdf.
43. ONUSIDA. Estimando los efectos de la inversión óptima de los recursos financieros en la incidencia y mortalidad por VIH en Guatemala. Caso de inversión, 2016. Disponible en: <http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2016/10/ONUSIDA-Estudio-de-Caso-22.pdf>.
44. OCDE, Eurostat, OMS. A System of Health Accounts 2011. OECD Publishing; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>.

Todos los documentos electrónicos fueron consultados el 11 de octubre del 2017.

