

Avanzando hacia las metas 2020: Progreso en América Latina y el Caribe



Tabla de Contenidos

- 3** Prólogo
- 4** Resumen ejecutivo
- 9** Estado de la epidemia en el año 2018
- 10** Progreso hacia las metas 90-90-90
- 17** ¿Qué rol están jugando las ciudades en la respuesta a la epidemia del VIH?
- 21** Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis congénita
- 29** Prevención combinada en poblaciones clave
- 37** Jóvenes y VIH
- 43** Estigma y la discriminación
- 49** Estado de situación de los sistemas de información de salud con énfasis en VIH
- 51** Sostenibilidad de la respuesta a la epidemia de VIH
- 56** Migración en América Latina y el Caribe
- 61** Recomendaciones: mensajes claves
- 63** **Anexo 1.** Progreso hacia las metas 90-90-90
- 65** **Anexo 2.** Prevención de transmisión materno-infantil
- 67** **Anexo 3.** Poblaciones clave
- 73** **Anexo 4.** Conocimiento del concón como método de prevención del VIH
- 76** **Anexo 5.** Crímenes de odio basados en la orientación sexual como circunstancia agravante
- 77** Referencias

Prólogo



En el 2015 el mundo se comprometió por primera vez a cumplir con una ambiciosa agenda universal para el desarrollo sostenible, que incluía la aspiración de acabar con la epidemia del VIH como amenaza a la salud pública para el año 2030. Avances globales en el aumento de la accesibilidad y asequibilidad del tratamiento de VIH y la implementación de estrategias innovadoras para la programación de prevención y tratamiento, la prestación de servicios basados en la comunidad y el apoyo a la adherencia han contribuido a disminuir el número de infecciones nuevas de VIH y la mortalidad relacionada al VIH alrededor del mundo. Se necesitan acciones aceleradas e innovadoras para alcanzar a aquellos dejados atrás y cumplir con los objetivos 2020 de que el 90% de las personas que vivan con VIH conozcan su estado, 90% de las personas viviendo con VIH que conozcan su estado accedan al tratamiento y 90% de aquellos que accedan al tratamiento logren la supresión viral.

Entre 2010 y 2018 varios países en América Latina lograron un progreso impresionante hacia estas metas, sin embargo, a nivel general hubo un aumento del 7% de infecciones nuevas de VIH. En el Caribe las infecciones nuevas descendieron 16% en el mismo periodo. El número de muertes relacionadas al sida disminuyó en América Latina y el Caribe en un 14% y 38% respectivamente. El 64% de infecciones nuevas en América Latina y el 45% en el Caribe ocurrieron en las poblaciones claves – trabajadores sexuales, hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero – y sus parejas.

Aunque ha habido avances hacia alcanzar las metas de cero infecciones nuevas de VIH, cero estigma y discriminación y cero muertes relacionadas al sida en la región, no podemos perder el sentido de urgencia. No hay necesidad de esperar para ampliar intervenciones innovadoras y llegar a aquellos dejados atrás. Estrategias como las auto pruebas, el PrEP, los servicios comunitarios y el uso de redes sociales han tenido éxito en incrementar el acceso a pruebas, mejorar la vinculación a la atención y apoyar la adherencia al tratamiento en la región.

América Latina y el Caribe están enfrentando un aumento drástico en migración debido a las inseguridades sociopolíticas en la región. Migrantes y solicitantes de asilo se encuentran con dificultades económicas y legales que afectan negativamente su acceso a los servicios de salud, incluyendo aquellos de prevención y tratamiento de VIH.

En ONUSIDA se reconoce la importancia de empoderar y apoyar a la sociedad civil, las comunidades y los individuales que trabajan en conjunto por un cambio. A medida que el financiamiento de donantes disminuye en la región, es necesario identificar soluciones sostenibles, tal como estrategias de movilización de recursos, la reducción del costo de “commodities”, mejorar la asignación de recursos – incluyendo la entrega de servicios basados en la comunidad – y aumentar la eficiencia. Los países deben implementar planes para una respuesta sostenible al VIH con financiamiento doméstico.

Este documento presenta una visión general de los datos más recientes disponibles en América Latina y el Caribe y demuestra la importancia de la participación comunitaria y el empoderamiento individual para el desarrollo de políticas basadas en derechos y programas que satisfagan las necesidades de aquellos que históricamente se han quedado atrás.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'César Núñez', written over a white background.

Dr. César Núñez
Director Regional
ONUSIDA para América Latina y el Caribe

Resumen Ejecutivo

La respuesta mundial al Sida ha avanzado considerablemente desde el inicio de la epidemia hace 30 años. Si bien ha habido logros impresionantes, el ritmo al que ocurren los cambios no es suficiente para alcanzar los objetivos del año 2020 según los cuales el 90% de las personas que vive con VIH debe conocer su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas con VIH debe estar en tratamiento y el 90% de las personas con VIH que reciban tratamiento debe alcanzar la supresión viral. Aproximadamente, el 79% de todas las personas que viven con VIH conoce su estado serológico, entre ellas 78% accedía a la terapia antirretroviral y el 86% de las personas en tratamiento habían registrado cargas virales suprimidas.

En algunas áreas, la región de América Latina y el Caribe ha superado los logros mundiales. Sin embargo, existen variaciones considerables en las subregiones. Latinoamérica ha superado los logros globales de la iniciativa 90-90-90 con un 80% [62 - 99%] de personas que conoce su estado serológico, un 78% [67 - 84%] de personas que conocen su estado serológico en tratamiento y un 89% [74 - 96%] de personas en tratamiento que ha suprimido su carga viral. Si continúan las tendencias en América Latina, se pueden alcanzar los objetivos 90-90-90. No obstante, en el Caribe, las estimaciones son de 72% [60 - 86%], 77% [66 - 81%] y 74% [53 - 85%], respectivamente, lo que deja al Caribe en riesgo de no alcanzar las metas.

Debido al aumento del diagnóstico, del vínculo con la atención de las personas con VIH, del inicio temprano del tratamiento y de una mejor adherencia, las nuevas infecciones y las tasas de mortalidad han mejorado con el tiempo. Desde 2010, ha habido una disminución del 16% en las nuevas infecciones a nivel mundial y una disminución del 33% en las muertes relacionadas con el Sida. Si bien las nuevas infecciones estimadas en América Latina han incrementado en un 7% desde 2010, han disminuido en un 18% en el Caribe, igualando la tendencia mundial. Las muertes relacionadas con el sida también han disminuido en ambas regiones con una reducción total del 38% en el Caribe y del 14% en América Latina (1).

Ciudades

Con el tiempo, el reconocimiento de la importancia de los gobiernos locales, la sociedad civil y los miembros de la comunidad ha dejado en claro que las ciudades son el futuro de la respuesta al sida, sobre todo en el caso de las poblaciones de difícil alcance. En 2014, los alcaldes firmaron la Declaración de París, con la que se comprometieron a acelerar la respuesta al sida mediante el logro de los objetivos de ONUSIDA 90-90-90 centrándose específicamente en las comunidades más afectadas por el VIH.

Hasta la fecha, los alcaldes en un total de 46 ciudades en América Latina y el Caribe se han comprometido a incluir sus ciudades en la Acción acelerada para terminar con la epidemia del sida para el año 2030. Estas ciudades han acordado emplear diversos métodos para superar los factores que aumentan la vulnerabilidad al VIH, la tuberculosis y otras enfermedades, para promover la participación y liderazgo de las comunidades, implementar servicios innovadores, seguros, accesibles, equitativos y libres de discriminación y encontrar mecanismos de financiación innovadores.

Prevención de la transmisión maternoinfantil

En 2015, se estima que había 11 000 000 mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe. Si bien la cobertura de atención prenatal en la región está estimada en 83%, el acceso tardío y la atención prenatal de mala calidad (menos de cuatro visitas de atención prenatal con personal calificado) continúan (2, 3). La Organización y Plan de acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y la Sífilis Congénita de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud exige la reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo al 2% o menos y la reducción de la incidencia de la sífilis congénita (SC) a 0.5 casos por cada 1 000 nacidos vivos para 2015. Se han logrado importantes éxitos en el Caribe, en el cual siete países han sido validados por haber eliminado la transmisión maternoinfantil.¹

Los aumentos en la detección del VIH y la cobertura del tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas han contribuido con estos éxitos relacionados con el VIH. Sin embargo, la validación de la eliminación de la sífilis sigue siendo un desafío. En 2015, la incidencia de la sífilis congénita entre los países de América Latina y el Caribe varió de 0 a 6.5 por cada 1000 nacidos vivos (2, 3). La mayor barrera para validar la eliminación tanto del VIH como de la sífilis congénita es el desafío de detectar la sífilis en mujeres embarazadas. Para reducir las tasas de sífilis congénita, la prevención del VIH y las ITS y los servicios de salud maternoinfantil deben integrarse. Además, los sistemas de información débiles para documentar y reportar la detección y el tratamiento de la sífilis en mujeres embarazadas y el seguimiento de los bebés expuestos son una barrera para certificar la eliminación de la sífilis congénita.

Prevención combinada

Acabar con la epidemia del Sida para 2030 requiere que las poblaciones clave no se queden atrás. Para lograr esto, es necesario invertir en intervenciones de prevención combinadas que respondan a las necesidades específicas de estos grupos. En la región de América Latina y el Caribe, las poblaciones clave son hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (MTS), mujeres trans, personas encarceladas y personas que consumen drogas. Las poblaciones indígenas y migrantes también son una prioridad en los países cuyos contextos geográficos, económicos y culturales han puesto a estas poblaciones en condiciones vulnerables, particularmente en Venezuela, que ha contribuido con una crisis de refugiados en la región.

La prevalencia del VIH en poblaciones clave es mucho mayor que en adultos en general. Los datos relevantes sobre la prevalencia del VIH en América Latina y el Caribe indican que la prevalencia en hombres gais y otros HSH oscila entre 1.1% y 25.4%, y entre 2.3% y el 34.8% en mujeres trans. Sin embargo, las poblaciones clave a menudo tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de prevención y atención médica debido a los altos niveles de discriminación en los servicios públicos.

Además, el enfoque integral de prevención combinada aún no ha sido adoptado por muchos países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, algunos países en ambas subregiones ya están fortaleciendo y ampliando sus intervenciones combinadas y adaptándolas a sus epidemias locales. Por ejemplo, Brasil actualmente ofrece PrEP gratuito en áreas limitadas y se estima que 54 000 personas la recibirán en los próximos 5 años. Desde la inclusión de su programa de PrEP en el sector de salud pública, el país está proporcionando todas las intervenciones requeridas de un programa integral de prevención combinada. En Chile, Costa Rica, Guatemala, México,

¹ Anguilla, Antigua y Barbuda, Bermuda, the Cayman Islands, Cuba, Montserrat, and San Cristóbal y Nieves.

Paraguay y Uruguay, la PrEP se puede obtener a pequeña escala a través de centros de salud privados, plataformas de Internet, organizaciones de la sociedad civil o proyectos de investigación (4, 5).

Juventud y VIH

En 2018, se estima que 129,000 personas de entre 15 y 24 años vivían con el VIH en América Latina y el Caribe. Hubo un estimado de 25,400 nuevas infecciones en este grupo de edad, lo que representa un tercio de todas las nuevas infecciones en la región. Para cambiar la trayectoria de la epidemia, se requiere proteger a las generaciones más jóvenes del VIH proporcionando acceso a adolescentes y jóvenes a una educación sexual integral y servicios de salud sexual y reproductiva amigables para los jóvenes. En más de la mitad de los países de la región, los niños menores de 18 años requieren el consentimiento de los padres para hacerse la prueba del VIH.

Estigma y discriminación

En América Latina y el Caribe, todavía hay leyes y políticas que discriminan a las personas LGBTI, a las personas con VIH y la transmisión del VIH. En el sistema de salud, persisten actitudes y prácticas discriminatorias que siguen dificultando el acceso a la prevención, el tratamiento y los servicios sociales de las personas en estas poblaciones. En los países de ambas subregiones, existen leyes que penalizan la transmisión, la no divulgación y la exposición al VIH. Sin embargo, ha habido avances. En febrero de 2018, la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitió un dictamen que interpreta que la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce a las parejas del mismo sexo y la identidad legal de las personas trans en América Latina y el Caribe.

A pesar de los esfuerzos y avances de la región por reconocer los derechos humanos de las personas LGBTI, la violación de sus derechos humanos continúa. Los delitos de odio contra la comunidad LGBTI en América Latina y el Caribe son comunes. La ausencia de un concepto legal universal de los delitos de odio dificulta la identificación y el enjuiciamiento de la violencia contra y los homicidios de personas LGBTI.

Sostenibilidad

En la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a acelerar la respuesta al VIH y poner fin a la epidemia del Sida como una amenaza para la salud pública para el año 2030. También han reafirmado la necesidad de políticas y acciones concretas para financiar completamente la respuesta al VIH. Muchos países de la región están siendo reclasificados como países de ingresos medianos altos, lo que conlleva a la reducción de fondos de fuentes internacionales y, por ende, a un aumento significativo de los recursos nacionales para garantizar la continuidad y expansión de los programas de VIH/Sida.

En 2017, el Tercer Foro latinoamericano y del Caribe sobre sostenibilidad de la respuesta al VIH tuvo lugar en Haití. Los participantes acordaron que los desafíos de la sostenibilidad trascienden las necesidades financieras, insistieron en la necesidad específica de reemplazar la financiación de los donantes con recursos nacionales y en que los países deberían desarrollar una perspectiva más multidimensional que incluya abordar políticas y e implementarlas en los sistemas de salud.

Además, varios países han comenzado a explorar o ya están implementando mecanismos para garantizar un precio justo y asequible de los antirretrovirales,

medicamentos para infecciones oportunistas y suministros necesarios para brindar servicios de calidad y sostenibles mediante la mejora de los procesos de adquisición y la diversificación de proveedores.

Migración

América Latina está experimentando el mayor movimiento de personas en su historia. Se estima que hasta el 5.8% de la población de América Latina es actualmente migrante. Aunque la migración no es un factor de riesgo directo para el VIH, las poblaciones migrantes enfrentan condiciones que los ponen en riesgo, incluida la falta de vivienda adecuada, nutrición y acceso a servicios educativos y de salud. Los migrantes rara vez tienen los mismos derechos laborales que los ciudadanos del país en el que se encuentran y, por lo tanto, no tienen los mismos niveles de seguridad laboral o seguridad contra el abuso. (6)

Los aumentos en el estigma y la discriminación conducen a una mayor vulnerabilidad a la explotación sexual, la trata de personas, la explotación laboral y la violencia de género, especialmente contra las mujeres que viven con el VIH, las mujeres trans y los hombres que tienen sexo con hombres.

Recomendaciones

Los países que aún no han aprovechado plenamente el potencial de la iniciativa de Acción acelerada en las ciudades deben aprovechar las oportunidades que ofrece la epidemia a través de un enfoque urbano e implementar estrategias innovadoras locales y multisectoriales que incluyan a todos los actores potenciales (organizaciones locales y nacionales). La participación plena de las personas con VIH y los grupos de población clave es esencial para lograr los objetivos de la Acción acelerada y garantizar la sostenibilidad de la respuesta al VIH. Los Gobiernos deben crear mecanismos para financiar a la sociedad civil a través de fuentes nacionales y, así, respaldar una programación efectiva y eficiente basada en la comunidad.

Se han realizado progresos para ampliar las pruebas del VIH y aumentar el número de personas que viven con VIH conscientes su estado serológico. Las medidas deben continuar expandiendo las estrategias innovadoras para llegar a las poblaciones clave, incluidos los servicios para jóvenes de entre 15 y 25 años.

La eliminación de la transmisión de madre a hijo debe ser una prioridad en la agenda política de la región. Las mejores prácticas de los países que han sido validadas deben aplicarse en toda la región, especialmente en los países que se acercan a los criterios de validación.

Los programas de prevención combinada deben implementarse universalmente en toda la región. Hay pruebas suficientes de que las pruebas autoadministradas, PrEP y PEP, son aceptadas y efectivas. Se necesita urgentemente un mayor compromiso político, capacitación, colaboración y asociación entre las instituciones gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil para acelerar la expansión de la prevención combinada dirigida a las poblaciones clave. Las restricciones en la edad en que los adolescentes pueden acceder a las pruebas del VIH y sus resultados deben eliminarse y la educación integral en sexualidad debe ser universal; los servicios

amigables para los jóvenes son necesarios para reducir nuevas infecciones en los jóvenes.

Eliminar la discriminación y la violencia hacia las personas con VIH y los grupos de población clave es imperativo. Son necesarios marcos legales que promuevan la protección y el empoderamiento de estos grupos.

La reducción de la dependencia de la financiación externa en la región requiere proyecciones de costos para la inversión estratégica, nuevos enfoques para la movilización de recursos y una mejor asignación y monitoreo de los recursos. El Llamado a la Acción resultante del "Tercer Foro latinoamericano y del Caribe sobre sostenibilidad" debe ser implementado y monitoreado.

Es ampliamente reconocido que la respuesta de América Latina y el Caribe al VIH en las poblaciones migrantes debe articularse entre todos los países de tránsito y destino. Ningún país debe responder a la situación de manera aislada.

Estado de la epidemia en el año 2018

SE ESTIMA QUE
ALREDEDOR
DE 21% DE LAS
PERSONAS CON
VIH EN AMÉRICA
LATINA Y EL CARIBE
NO CONOCEN
SU ESTADO
SEROLÓGICO

América Latina

- ▶ En la región viven 1 900 000 [1 600 000 - 2 400 000] adultos y niños viviendo con VIH.
- ▶ El número de nuevas Infecciones de VIH es de 100 000 [79 000 - 130 000] (reducción de 7% respecto al 2010).
- ▶ La razón entre incidencia y prevalencia de VIH es 5.4% [4.1 - 6.8%].
- ▶ Fallecieron 35 000 [25 000 - 46 000] personas a causa de enfermedades relacionadas con el Sida (reducción del 14% respecto al 2010).
- ▶ La cobertura de tratamiento antirretroviral sobre el total de personas con VIH es de 62% [44 - 78%].
- ▶ 78% de las nuevas infecciones ocurren en poblaciones clave y sus parejas sexuales.
- ▶ La cobertura de TAR para la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo durante el embarazo es 76% [61 - 95%], mientras que la tasa de transmisión de madre a hijo es 14% [12–17%].

Caribe

- ▶ En la región viven 340 000 [290 000–390 000] adultos y niños viviendo con VIH.
- ▶ El número de nuevas Infecciones de VIH es de 16 000 [11 000–24 000] (reducción de 16% respecto al 2010).
- ▶ La razón entre incidencia y prevalencia de VIH es 4.6% [3.2–7.0%].
- ▶ Fallecieron 6700 [5100–91000] personas a causa de enfermedades relacionadas con el Sida (reducción del 38% respecto al 2010).
- ▶ La cobertura de tratamiento antirretroviral sobre el total de personas con VIH es de 55% [42–67%].
- ▶ 53% de las nuevas infecciones ocurren en poblaciones clave y sus parejas sexuales.
- ▶ La cobertura de TAR para la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo durante el embarazo es 86% [68–>95%], mientras que la tasa de transmisión de madre a hijo es 14% [10–16%].

Progreso hacia las metas 90-90-90

En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA (PCB por sus siglas en inglés), le solicitó al Secretariado del ONUSIDA que respaldara los esfuerzos realizados por los países y las regiones para establecer nuevos objetivos sobre la expansión del tratamiento del VIH más allá del 2015.

Un mejor entendimiento sobre la importancia de expandir los servicios de diagnóstico, mejorar las tasas de vinculación a los servicios de prevención y salud, garantizar el acceso y retención al tratamiento; así como alcanzar la supresión viral, ha motivado la adopción de un nuevo enfoque en la respuesta al VIH, reconociendo que será imposible terminar con la epidemia de Sida como una amenaza a la salud pública si no se garantiza acceso a tratamiento antirretroviral para todas las personas que lo necesitan.

Esta nueva narrativa sobre el tratamiento del VIH sentó las bases para definir nuevas y ambiciosas, pero alcanzables metas para el 2020:

- ▶ Que el 90% de las personas con VIH conozcan su estado serológico.
- ▶ Que el 90% de las personas con diagnóstico de VIH (VIH+) reciban tratamiento antirretroviral.
- ▶ Que el 90% de las personas que reciben tratamiento antirretroviral alcancen la supresión viral

A su vez, en mayo de 2014, en el I Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención al VIH, organizado por ONUSIDA y OPS/OMS, los países de América Latina y el Caribe (ALC) se comprometieron a hacer los esfuerzos necesarios para lograr estas nuevas metas ambiciosas.

Conocer el estado de VIH es el primer elemento de la cascada 90-90-90 de atención integral. Por ello, es de vital importancia promover el uso de recursos y metodologías innovadoras para ampliar rápidamente el acceso a las pruebas de VIH, así como la identificación y manejo de nuevos casos. La vinculación de las personas con VIH a servicios de salud, especialmente aquellos de las poblaciones clave y las que evitan asistir a centros de salud a causa de la discriminación, es esencial para mejorar la respuesta a la epidemia. No sólo porque permite brindar tratamiento antirretroviral (TAR) tempranamente sino además dar seguimiento constante a las personas, ofrecer información necesaria sobre cómo mantener su salud y una nutrición adecuada, cómo evitar infecciones oportunistas y vencer barreras de retención al tratamiento.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan el tratamiento de todas las personas con VIH sin importar su recuento de linfocitos CD4 con el objetivo de eliminar su transmisión (7). En ALC hubo avances para incorporar las recomendaciones de la OMS en las guías nacionales de tratamiento, pero no todos los países las han adoptado; y el diagnóstico tardío sigue dificultando el acceso oportuno

80% DE LAS PERSONAS CON VIH CONOCÍAN SU ESTADO SEROLÓGICO EN EL AÑO 2018

al tratamiento, afectando negativamente el impacto de la morbilidad y mortalidad asociadas al VIH.

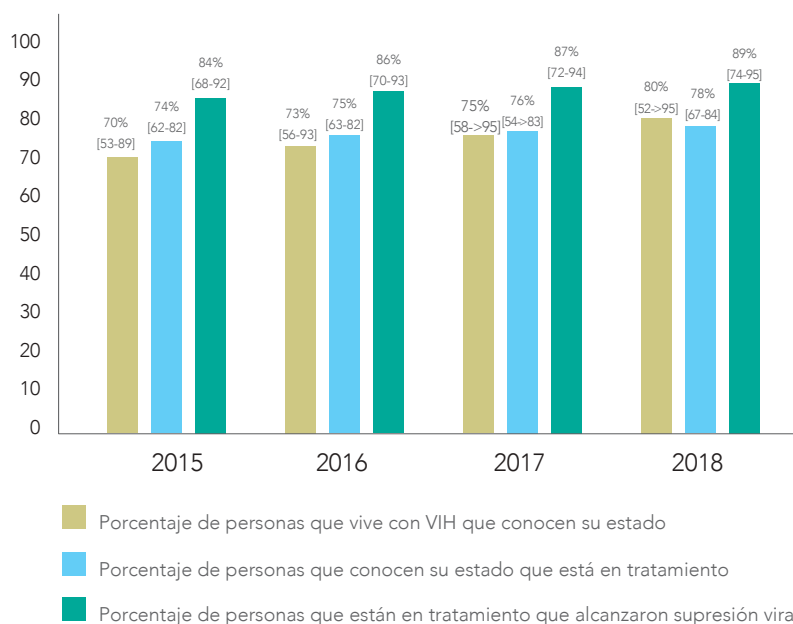
La interrupción temporal o permanente del tratamiento es la razón de las tasas de supresión viral bajas, lo cual contribuye a adquirir enfermedades relacionadas al VIH, al mismo tiempo que aumenta el riesgo de transmisión. Mantener una continua adherencia al TAR es esencial para alcanzar y mantener una carga viral indetectable (9).²

La sociedad civil juega un rol muy importante en la identificación de las personas que no han tenido o han perdido el contacto con los centros de salud. El uso de servicios brindados por la comunidad y el apoyo de pares han demostrado incrementar el número de diagnósticos tempranos, mejorar la vinculación y retención a servicios de salud, y ultimadamente, incrementar la retención al tratamiento (9,10). La sociedad civil junto con el sistema de salud puede hacer mucho para lograr las metas 90-90-90.

Debe subrayarse que Latinoamérica y el Caribe está avanzando como región para alcanzar las metas fijadas hacia 2020; y varios países están generando estrategias innovadoras de prevención combinada y eliminando las barreras estructurales que limitan el progreso. No obstante, los avances no han permeado en todos los países, ni en ambas subregiones de igual forma (ver Anexo 1).

Figura 1.

Progreso hacia las metas 90–90–90 Latinoamérica, 2015 -2018



Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

De los 17 países de Latinoamérica, 88%, han adoptado, parcialmente o completamente, las recomendaciones de la OMS. (1) de dar tratamiento a todas las personas con VIH. Los 15 países que han adoptado estas recomendaciones son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.

² La OMS define como adherencia “el grado en que el comportamiento de una persona – tomar un medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Tomar al menos entre el 90% y 95% de la medicación prescrita, se considera como la adherencia ideal.

78% DE LAS PERSONAS QUE CONOCÍAN SU ESTADO DE VIH RECIBÍAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL AÑO 2018

89% [74 - >95%] DE LAS PERSONAS QUE ACCEDIERON AL TRATAMIENTO EN LATINOAMÉRICA, ALCANZARON LA SUPRESIÓN VIRAL EN EL AÑO 2018.

El diagnóstico tardío sigue siendo un reto que superar en Latinoamérica si se tiene en cuenta que al menos el 30% de las personas con VIH se encontraba en una etapa avanzada de la infección (un recuento de CD4 < 200 células / mm³) al momento de su diagnóstico en Chile, El Salvador, Honduras, Colombia, Ecuador, Paraguay, Panamá, México y Guatemala (11).

La ampliación de la estrategia de auto diagnóstico de VIH brindaría la posibilidad de aumentar los diagnósticos tempranos de VIH, especialmente a poblaciones que pueden ser reacias a acceder a los servicios de salud. En la región, Brasil y El Salvador han implementado pilotos de pruebas de auto diagnóstico. Aunque solamente Brasil y México lo han incorporado en su política nacional, regulando su venta en farmacias desde el año 2017 y 2018, respectivamente.

La cantidad de personas que acceden a la terapia antirretroviral en Latinoamérica se ha duplicado en los últimos ocho años, pasando de un estimado de 506 000 en el 2010 a 1 200 000 en el 2018. En el año 2018, el 78% [67 - 84%] de las personas que conocen su estado recibían tratamiento antirretroviral. México tiene la cobertura de tratamiento más alta entre las personas que conocen su estado en América Latina, superando el 90%, seguido por Honduras, que supera el 80%, mientras que la cobertura en Brasil, Ecuador y Panamá supera el 75%.

Retención de, al menos, 12 meses al tratamiento antirretroviral varía desde 67% hasta más del 96% en los países de la región. Sin embargo, algunos estudios muestran que la adherencia al tratamiento sigue aún por debajo de lo esperado. Un estudio exploratorio transversal realizado en São Paulo, Brasil, muestra que la adherencia al tratamiento antirretroviral se encuentra a niveles inferiores de lo requerido para alcanzar supresión viral sostenible (12).

Argentina. "Casa Masantonio": involucramiento de la comunidad en los servicios vinculados al VIH.

En la ciudad de Buenos Aires, el marco de los Centros Barriales del Hogar de Cristo (creados por el entonces Cardenal Bergoglio, actual Papa Francisco), se crea en el año 2016 un dispositivo de atención diferenciado llamado "Casa Masantonio" para el

acompañamiento de personas que consumen pasta de cocaína y que se encuentran mayoritariamente en situación de calle. Está ubicado en el barrio porteño de Barracas junto a las villas 21-24 y Zabaleta, dentro de las áreas programáticas del Hospital "José M^a. Penna" y del "Hospital de Infecciosas Muñiz", que son dos de los principales



hospitales públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El funcionamiento del dispositivo es coordinado por la Cooperativa Social de "Acompañantes de Usuarios de Paco" y se basa en un abordaje integral de las personas que consumen pasta de cocaína, priorizando a las personas con VIH y tuberculosis (TB) que no se hayan podido retener en el sistema de salud.

El programa se enfoca en las necesidades específicas de esta comunidad con el objetivo de reconstruir vidas saludables para las personas en el proyecto, facilitando el acceso a servicios sanitarios, de vivienda, de empleo, familiares y judiciales.

Las medidas desarrolladas y que se detallan a continuación, han permitido que desde el año 2016 hasta la fecha se encuentren en tratamiento 42 personas con VIH y 52 con TB, con tasas de adherencia al tratamiento mayores al 92%:

- ▶ Acompañamiento entre pares: pilar fundamental de "Casa Masantonio" que se vincula con la participación de las mismas personas que estaban en situación de calle, con problemas de consumo, personas con VIH y/o con TB activa y que obtuvieron el alta médica y se transformaron en agentes sanitarios y de acompañamiento entre pares. Este trabajo lo realizan registrados formalmente en la Cooperativa "Acompañantes de Usuarios de Paco", con lo que se contribuye a la posibilidad de tener un trabajo rentado que les evite regresar a la situación de calle.
- ▶ Tratamientos individualizados de acuerdo con cada particularidad médica y social: tratamientos directamente observados (DOT), tratamientos directamente acompañados (DAT), medicación asistida diariamente en la calle, DOT con incentivos económicos o asistencia economic incentives or assistance with food or clothing, and peer accompaniment are all offered.
- ▶ Acompañamiento integral: restauración de condiciones dignas de vida a través de documentación, vivienda, posibilidad de trabajo y escolarización, apoyo nutricional, a fin de garantizar el tratamiento completo y evitar la reinfección.
- ▶ Atención descentralizada: coordinación con centros de salud públicos y ministerios para promover acceso rápido y descentralizado a medicación, estudios de baciloscopia, radiología, laboratorio, serología, carga viral, recuento de linfocitos CD4, etc.
- ▶ Búsqueda activa de casos en personas en situación de calle.

Desde Masantonio este proyecto se califica como un “modelo exitoso” que pone de manifiesto un entramado social complejo y que brinda respuesta desde el abordaje comunitario.

Source: Tuberculosis Newsletter in Argentina. No. 1. March 2018. Directorate of AIDS and STDs, Ministry of Health of the Nation, Argentina.

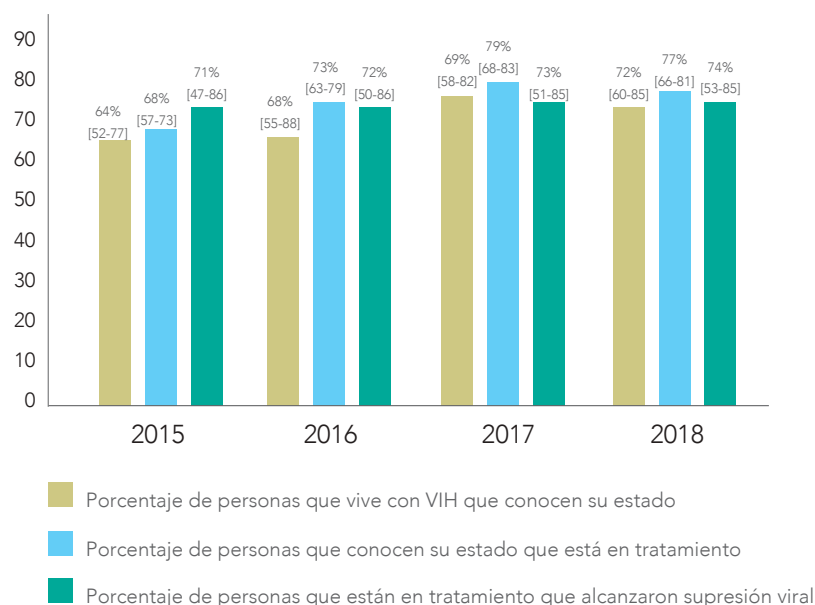
Nota: The findings and conclusions of this case study represent those of the informants/authors and do not necessarily represent the official position of UNAIDS.

Caribe

La Figura 2 muestra que, en el Caribe, el conocimiento del estado serológico entre las personas con VIH aumentó del 64% [52 – 77%] en 2015 a 72% [60 – 86%] en 2018. La cobertura de tratamiento entre las personas que viven con el VIH que conocen su estado aumentó del 68% al 77% y la supresión viral del 71% al 74%.

Figura 2.

Progreso hacia las metas 90–90–90 en el Caribe, 2015 -2018



Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

El diagnóstico tardío de VIH continúa siendo un reto en el Caribe, con al menos el 20% de las personas en un estado avanzado de la infección por VIH (recuento de CD4 <200 células / mm³) al momento de su diagnóstico en 7 de los 10 países que reportaron datos en el 2018.

Diez (62%) de los 16 países del Caribe han adoptado, parcial o completamente, las recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento de todas las personas con VIH sin importar su conteo de linfocitos CD4. Tales países son: Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas, Cuba, Guyana, Haití, Jamaica, República Dominicana, San Lucía y Trinidad y Tobago (7).

72% DE LAS PERSONAS CON VIH CONOCÍAN SU ESTADO EN EL AÑO 2017

A pesar de que la prueba de autodiagnóstico permitiría que más personas alcancen a conocer su estado serológico solo Bahamas, Jamaica y Trinidad y Tobago han indicado tenerla disponible, aunque aún no forma parte de sus políticas nacionales.

Entre las personas que conocía su estado de VIH, el 77% [66 - 81%] tenían acceso a la terapia antirretroviral en el año 2018. El número de personas en tratamiento muestra un crecimiento noCuadro desde el año 2010, pasando de 67 586 a 186 815 en el 2018. La cobertura de tratamiento es de más del 85% en Cuba, Haití y Surinam, y superior a 65% en República Dominicana y Guyana. Aumentos sostenidos en el acceso a tratamiento antirretroviral durante los próximos cuatro años probablemente permitirán a la región lograr el objetivo del segundo 90.

Entre las personas con VIH que estaban en tratamiento antirretroviral, se estima que un 74% [53 - 85%] habían alcanzado la supresión viral en el año 2018.

La adherencia correcta al tratamiento antirretroviral sigue desafiando a la región, especialmente en las poblaciones clave. Por ejemplo, un estudio realizado en la República Dominicana muestra que entre las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) con VIH la probabilidad de interrupción de TAR es tres veces más alta en las mujeres que han experimentado discriminación en los centros de salud y 2.4 veces mayor en las MTS que consumen algún tipo droga (13).

78% DE LAS PERSONAS QUE CONOCÍAN SU ESTADO DE VIH RECIBÍAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN EL AÑO 2018

Trinidad y Tobago. "Friends for Life" refina su estrategia para probar, vincular y mejorar la adherencia entre hombres que tienen sexo con hombres



#Friends for Life" es la organización de sociedad civil más antigua de Trinidad y Tobago, que atiende principalmente a hombres que tienen sexo con hombres, así como a otros grupos de población clave, como los trabajadores sexuales y las personas

trans. La organización ha estado ofreciendo apoyo y asesoría para 22 años y han actuado como implementadores del Proyecto "Linkages" de PEPFAR.

El trabajo para mejorar la continuidad de los servicios de VIH para poblaciones clave es especialmente relevante en Trinidad y Tobago. Entre los grupos con mayor riesgo se encuentran los hombres que

89% [74 - >95%] DE LAS PERSONAS QUE ACCEDIERON AL TRATAMIENTO EN LATINOAMÉRICA, ALCANZARON LA SUPRESIÓN VIRAL EN EL AÑO 2018

tienen sexo con hombres que tienen una prevalencia de VIH del 32%, según un estudio de 2015. Friends for Life demuestra el valor de utilizar organizaciones clave lideradas por la población para brindar servicios básicos y apoyo a las personas con VIH para navegar en el sistema de atención médica y acceder a tratamiento y la atención antirretroviral.

El trabajador social de “Friends for Life”, Luke Sinnette, dice que la experiencia transformadora de apoyar a alguien para que comience y se mantenga en tratamiento es uno de los puntos culminantes del trabajo de la organización. Piensa en el chico de 19 años que encontraron con un estado de VIH avanzado. Él ya había sido diagnosticado, pero había tenido demasiado miedo de ir a la clínica de VIH por su cuenta. Habiendo obtenido el apoyo de compañeros para asistir a los servicios de atención, ahora está sano, feliz y próspero. Actualmente la organización apoya una mujer transgénero para que vuelva a tomar sus medicamentos, respondiendo a sus dudas con una combinación adecuada de información y corazón. Encuentran que las necesidades de los clientes son tan individuales como sus personalidades.

“Los servicios de salud no tienen que ser perfectos”, explicó Sinnette. “Hay mucho que podemos lograr mientras nos esforzamos para que los entornos de atención médica sean realmente libres de estigma y discriminación. La gente solo necesita saber que hay alguien allí para apoyarlos. Alguien con quien se identifiquen”.

“Friends for Life” considera que no es suficiente detenerse en el cuidado de la salud. Su modelo incluye el uso de redes profesionales y conocimientos para vincular a los clientes con una gama de servicios de apoyo psicosocial, desde la atención de la salud mental hasta la asistencia pública, identificando soluciones integrales para los desafíos de los clientes.

“No es suficiente tratar solo el VIH. Estamos tratando con toda la persona que tiene desafíos a nivel de familia, comunidad, escuela y lugar de trabajo. Descubrimos que tenemos que ayudar a las personas a abordar problemas como la depresión, la falta de vivienda y la pobreza”.

Fuente: Friends for Life, Trinidad, 2016

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este estudio de caso son los de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA.

El rol que están jugando las ciudades en la respuesta a la epidemia del VIH

A través de los años se ha reconocido que las ciudades y sus respuestas locales adquieren cada vez una mayor relevancia para alcanzar las poblaciones prioritarias cuyas necesidades han sido tradicionalmente más difíciles de alcanzar.

Desde la conmemoración del Día Mundial del Sida en el año 2014 y hasta el año 2017, diversas autoridades locales (alcaldes y alcaldesas); así como personas con liderazgo municipal de Latinoamérica y el Caribe han firmado la Declaración de París; y se han comprometido a situar sus ciudades en la Fast-Track "Vía Rápida" para poner fin a la epidemia del Sida como una amenaza a la salud pública en el 2030 (Iniciativa Fast-Track Cities). En esta Declaración las autoridades adoptan una serie de compromisos para alcanzar los objetivos 90-90-90 hacia el 2030 centrándose en las comunidades más afectadas por el VIH. Se comprometen a emplear todos los medios necesarios para abordar los factores que hacen que las personas sean vulnerables al VIH, la tuberculosis y a otras enfermedades, y a trabajar estrechamente con la comunidad fomentando su participación y liderazgo. También a desarrollar servicios innovadores, seguros, accesibles, equitativos, y libres de discriminación; así como a desarrollar un mecanismo de financiación innovador.

A través de esta iniciativa se une a la sociedad civil y los sectores públicos y privados a nivel local, para garantizar inversiones efectivas en programas y en lugares donde pueden tener el mayor impacto posible para alcanzar los objetivos esCuadrocidos.

Los alcaldes, alcaldesas y las personas con liderazgo municipal juegan uno de los roles más importantes en el enfoque de Ciudades "Fast-Track", extendiéndose más allá de su compromiso político, participando activamente en la respuesta de su ciudad al VIH, hablando públicamente sobre el problema, convocando grupos de trabajo, reuniéndose con líderes de grupos comunitarios y organizaciones de la sociedad civil; y movilizándolo a otras instituciones y líderes de la ciudad para promover programas de VIH más colaborativos y sensibles a las necesidades (14).

Además de ONUSIDA, la estrategia cuenta con otros socios que vienen trabajando en todas las regiones del mundo para alcanzar los objetivos definidos, incluyendo la ciudad de París, la Asociación Internacional de Proveedores de Atención al Sida (IAPAC por su sigla en inglés) y el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). IAPAC como socio implementador de ONUSIDA, brinda asistencia técnica a los departamentos de salud, participa en esfuerzos de desarrollo de capacidades con proveedores clínicos y de servicios, organizaciones comunitarias y comunidades afectadas; y brinda oportunidades para la colaboración e intercambio de mejores prácticas.³

³ El portal web www.fast-trackcities.org es el sitio web oficial de la iniciativa y proporciona una plataforma para obtener más información, observar el progreso y encontrar información específica sobre las ciudades involucradas.

En América Latina

Brasil es uno de los países con mayor involucramiento de sus ciudades en la respuesta a la epidemia del VIH en Latinoamérica, alcanzando en el año 2018 a 42 ciudades firmantes de la Declaración de París.⁴ Además de las ciudades, los gobiernos del estado del Rio Grande do Sul, Santa Catarina y del Distrito Federal firmaron el compromiso.

Otros países de la región también han unido sus fuerzas al enfoque de Ciudades “Fast-Track”: En México, Ciudad de México; en Honduras, Comayagüela, Tegucigalpa, y San Pedro Sula; en Panamá, Ciudad de Panamá, Colón, San Miguelito; Quito en Ecuador; Asunción en Paraguay; Buenos Aires, Ciudad de Mendoza, Córdoba, Godoy Cruz, Guaymallen Rosario y 22 municipios en Argentina; Santiago de Chile en Chile; y Montevideo en Uruguay (15).

Más de 50 ciudades de Latinoamérica ya están buscando formas innovadoras de ofrecer programas a las poblaciones clave, ya sea desde la descentralización de servicios a nivel comunitario, nuevos enfoques en pruebas de VIH, como el auto diagnóstico o estrategias de prevención combinada, como la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

La ciudad de São Paulo se ha involucrado en la estrategia “Fast-Track” expandiendo los servicios de prevención del VIH, haciéndolos más accesibles a las poblaciones clave y promoviendo la activa participación de la sociedad civil. En el año 2016, se colocaron dispensadores de condones en por lo menos 36 lugares estratégicos como estaciones de metro, terminales de buses y centros de salud. Se estima que, a fines del 2016, la cantidad disponible de condones en la ciudad alcanzó a 120 millones.

A su vez, se ha priorizado el uso de tecnologías innovadoras como las aplicaciones móviles para llegar a los jóvenes, especialmente a los jóvenes gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH); y se han diseñado otras iniciativas para llegar a esta población y a las personas trans, por ejemplo, una unidad móvil de prueba del VIH y consejería a la sociedad civil para ofrecer pruebas de VIH a sus pares (16).

La ciudad de Curitiba por su parte lanzó en el año 2015 el Proyecto “La hora es ahora” enfocado en hombres gay y otros HSH. Con el objetivo de ampliar las opciones para la realización de la prueba de VIH, ésta se puso a disposición en centros de detecciones municipales, incluidas unidades móviles, y sedes de la sociedad civil. El proyecto también implementa una estrategia innovadora de “e-testing” que posibilita la solicitud de la prueba de autodiagnóstico de fluido oral a través de una plataforma virtual con recepción de la prueba por correo postal o con la posibilidad de retirarla en una farmacia (17,18).

En la Ciudad de México, las organizaciones de la sociedad civil se han asociado con el Programa Municipal de VIH/Sida para llegar a las poblaciones clave a través de servicios móviles y también ha implementado centros específicos para las mujeres trans. Montevideo, en Uruguay, también se ha posicionado como una de las ciudades líderes en la iniciativa “Fast-Track”, promoviendo la prueba de VIH con consejería en las 24 policlínicas de atención primaria e implementando estrategias de atención amigables con la población LGBTI, particularmente con las personas trans (19).

⁴ Alvorada, Aracaju, Atalaia do Norte, Benjamin Constant, Balneário Camboriú, Belém, Blumenau, Brusque, Cachoeirinha, Campinas, Canoas, Caxias do Sul, Chapecó, Criciúma, Curitiba, Esteio, Florianópolis, Fortaleza, Gravataí, Guaíba, Itajaí, Jaguaríuna, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Manaus, Palhoça, Palmas, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Rio Grande, Salvador, Santana de Parnaíba, Santana do Livramento, São José, São Leopoldo, São Paulo, Sapucaia do sul, Tabatinga, Uruguiana, Viamão, Vitória.

La respuesta de la ciudad de Montevideo

La División Salud y la Secretaría de la Diversidad de la Municipalidad de Montevideo, en estrecho trabajo con la sociedad civil y con el apoyo conjunto de ONUSIDA y UNFPA, han sido los actores claves en la respuesta “Fast-Track” en Montevideo.

El proyecto “Intersecciones” fue creado como un espacio de diálogo y sensibilización de expertos decisores políticos y activistas, sobre los derechos y la pluralidad y singularidad de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex atravesadas por una multiplicidad de dimensiones generadoras de múltiples desigualdades. A partir de aportes y buenas prácticas regionales y nacionales, se promueve la construcción de agendas comunes entre diversos actores y el diseño de políticas públicas y propuestas que incorporen el principio de interseccionalidad y la plena igualdad legal y social de las personas LGBTI. La iniciativa se ampliará en 2018 a las ciudades latinoamericanas y europeas a través del Proyecto Metrópolis, Asociación Mundial de las Grandes Metrópolis, que reunirá a Montevideo, Medellín, Berlín, Barcelona, Buenos Aires y Ciudad de México.



Desde 1993, la Intendencia en conjunto con la organización de la sociedad civil “Asociación de Ayuda al Positivo (ASEPO) implementa el único servicio telefónico gratuito y confidencial de alcance nacional que brinda información, apoyo y orientación sobre VIH, sexualidad y derechos. La iniciativa ha implementado dos acciones estratégicas en las 24 policlínicas de atención primaria, capacitando los trabajadores de la salud incluyendo derechos sexuales y derechos relacionados a la salud reproductiva, y diversidad sexual.

Caribe

Son cuatro las ciudades que han firmado la Declaración de París en la región del Caribe: La Habana en Cuba; Acul-du-Nord y Puerto Príncipe en Haití; y Kingston en Jamaica.

Kingston es la ciudad que tiene el número más grandes de casos acumulados en Jamaica. (14) 64% de las personas con VIH viven en Kingston, ciudad que alberga casi la mitad de los centros de atención antirretroviral en Jamaica (11).

Durante el año 2016 Kingston lideró una serie de campañas de prueba de VIH, logrando que más personas especialmente jóvenes accedieran a la prueba del VIH. También se llevó a cabo un diálogo comunitario que abordó los factores sociales del VIH, incluida la violencia de género; así como el estigma y la discriminación. Asimismo, la ciudad se movilizó para la participación de una delegación en la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH Sida de la Asamblea general de las Naciones Unidas en 2016. (15)

Las iniciativas dirigidas por la comunidad especialmente por la organización Jamaica AIDS Support for Life (JASL) vienen jugando un papel clave para alcanzar a las poblaciones clave a nivel local en Kingston y Montego Bay, adoptando un innovador enfoque de navegación entre pares para guiar a las personas con VIH desde el diagnóstico inicial hasta lograr la supresión viral.

Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y Sífilis congénita

En 2015, se estimó que había casi 11 000 000 mujeres embarazadas en ALC y la cobertura de partos hospitalarios se estimó en un 92%. Si bien el 97% de las mujeres embarazadas recibieron al menos una visita de atención prenatal, se reconoce ampliamente que una visita no es suficiente. Existe una gran variabilidad entre las subregiones y los países, y la falta de acceso, acceso tardío y atención prenatal de baja calidad (menos de cuatro consultas de atención prenatal con personal calificado) siguen siendo desafíos que deben superarse (21).

La detección temprana del VIH en las mujeres embarazadas es esencial para eliminar la transmisión maternoinfantil. Algunos de los mayores éxitos de la respuesta regional se han logrado en esta área, mostrando el compromiso político de los Ministerios de Salud de muchos países y territorios de la región, como México y Brasil en América Latina. Además, siete países y territorios en el Caribe han sido certificados por haber eliminado la transmisión maternoinfantil: Anguilla, Antigua y Barbuda, Bermuda, las Islas Caimán, Cuba, Monserrat y San Cristóbal y Nieves. Mientras que Cuba fue revalidada.

En septiembre del 2010 la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) aprobaron y lanzaron la "Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita", en la que se esCuadroce como metas:

- ▶ Reducir la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos.
- ▶ Reducir la incidencia de la sífilis congénita (SC) a 0.5 casos (incluidos los mortinatos) o menos por 1 000 nacidos vivos para el 2015.

Este compromiso se renovó y se amplió en el 2016, cuando los Estados Miembros aprobaron el "Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021", en la 68ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. El objetivo del plan es acelerar el progreso para poner fin a las epidemias de Sida e ITS en la Región de las Américas para el 2030, disminuyendo la incidencia de casos nuevos de VIH en mujeres embarazadas, la mortalidad relacionada con el Sida y las complicaciones relacionadas con las ITS. (16, 17) Debido a que las infecciones por VIH y sífilis pueden ser asintomáticas, el diagnóstico oportuno y efectivo durante el embarazo es esencial, así como el inicio de la terapia antirretroviral profiláctica y la planificación de opciones de parto seguro y alternativas de alimentación infantil.

En el 2018, la cobertura de pruebas de sífilis en mujeres embarazada varió entre 25% (San Cristóbal y Nieves) y 27% (Venezuela) a 100% (Antigua y Barbuda, Chile y Cuba) en la región. El porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó una prueba de sífilis con resultado positivo varió en países de América Latina y el Caribe de 0.1% a 3.2%⁵. A pesar de esto, la región no ha progresado como se esperaba en la reducción

5 Sin incluir a San Cristóbal y Nieves

de la sífilis congénita, mostrando cifras más altas que la meta de eliminación en varios países, especialmente en América Latina.

El panorama respecto a la eliminación de la transmisión materno-infantil (eTMI) del VIH parece más alentador, ya que puede observarse que las coberturas de pruebas de detección del VIH y de tratamiento antirretroviral en las embarazadas han tenido un aumento sostenido, lo que ha dado lugar a una reducción de la tasa de TMI del VIH en toda la región de Latinoamérica y el Caribe (23). Esto ha permitido que varios países de la región alcancen o estén próximos a alcanzar la meta de ETMI del VIH. No obstante, esto esconde diferencias entre las subregiones y países dentro de cada subregión, e incluso entre regiones de un mismo país.

Para alcanzar la eliminación de la transmisión de VIH y sífilis congénita, se deben integrar los programas y servicios de salud sexual y reproductiva, prevención del VIH e ITS, salud materno infantil y otros servicios de salud.

América Latina

8 DE CADA 10

se realizó la prueba de detección del VIH en el año 2015



SE ESTIMA QUE EN 2018 SE EVITARON MÁS DE 4100 NUEVAS INFECCIONES MATERNO-INFANTILES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

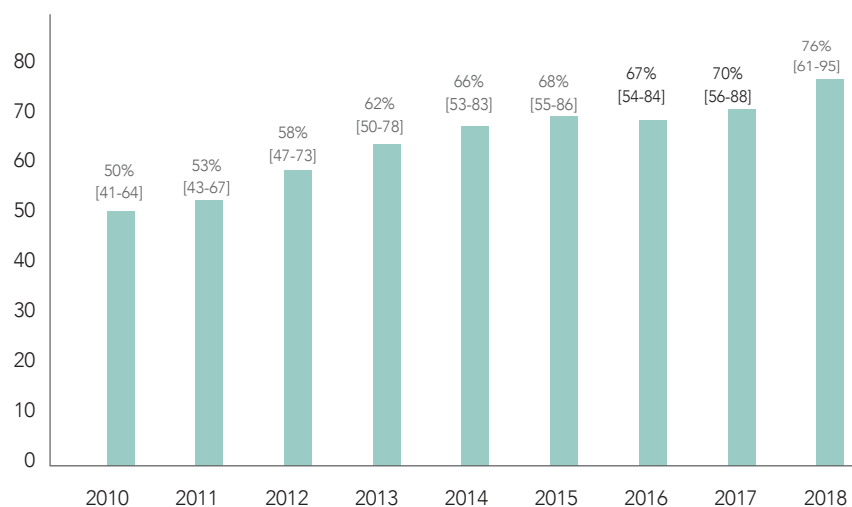
La tasa de transmisión materno-infantil del VIH en América Latina fue 14% [12 - 17%] en 2018, uno de los más bajos del mundo y 30% más baja que la del año 2010.

Se estima que en 2017 el 73% de las mujeres embarazadas en Latinoamérica acudieron a un centro de atención prenatal y se sometieron a una prueba de detección del VIH, o ya conocían su estado serológico. La combinación de estrategias de prueba y educación implementadas por la región permitieron incrementar casi un 10% el tamizaje en mujeres embarazadas desde el año 2010 (22).

La Figura 3 muestra que la cobertura de tratamiento de mujeres embarazadas con VIH ha aumentado de 50% [41 - 64%] en 2010, a 76% [61 - 95%] en el año 2018. Sin embargo, este aumento no refleja las diferencias de cobertura entre países, que oscilan entre el 21% en Colombia y >95%, en Argentina, Bolivia (República Bolivariana), Chile, Ecuador y Uruguay (ver Anexo 2) (11).

Figura 3.

Cobertura de tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas en América Latina, 2010 - 2018



Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

El aumento significativo del tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas con VIH ha contribuido a una reducción de la tasa de transmisión materno-infantil, de 20.01% [16.91% [17–24.42%] en 2010 a 14.07% [11.87% [12–17.13%] en el año 2018. A su vez, el 20% de bebés con exposición al VIH recibieron diagnóstico temprano en el 2018, observándose que el porcentaje de recién nacidos de dos meses de edad o menos examinados con una prueba de VIH, oscila desde 24% a 90% entre los países. (Ver Anexo 2) (22).

Datos disponibles muestran que Argentina y Uruguay se encuentran cerca de lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil (tasa de transmisión 2%–5%), registrando tasas de transmisión materno-infantil de 5% y 5.01% respectivamente mientras que tasas de transmisión entre el 5.5% y el 10% se estiman para Chile (7%) y Nicaragua (10%).

Uruguay. Ministerio de Salud Pública de Uruguay: Monitoreo de mujeres positivas embarazadas

En Uruguay la tasa de transmisión materno-infantil de VIH en los años 2015, 2016 y 2017 ha sido alrededor de 5%. Esto es resultado de una priorización histórica de la salud materno-infantil que continúa en el actual gobierno, constituyendo una de las metas a alcanzar en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015–2020.

Desde el año 1990, el país ha implementado intervenciones en los servicios de salud basadas en evidencia y con alcance universal tales como: i) supresión de lactancia materna y entrega de fórmula (1990); ii) protocolo 076 (1996) ; iii) screening universal de VIH en el embarazo

(1997); iv) terapia antirretroviral de elevada eficacia (1998); v) cesárea electiva (2000); vi) tres pruebas de screening en embarazo y prueba a la pareja sexual (2013). Asimismo, se han desarrollado otras estrategias programáticas como la integración de la prevención del VIH y otras ITS con la política de salud sexual y salud reproductiva; la incorporación de la prevención y la atención del VIH y sífilis en todos los niveles de atención; así como metas prestacionales vinculadas a la prueba de VIH y sífilis, y uso obligatorio del Sistema Informático Perinatal (SIP), entre otras.



LA TASA DE
TRANSMISIÓN DE
MATERNO-INFANTIL
EN EL CARIBE FUE
14%

En el año 2013, el Ministerio de Salud comenzó a implementar la vigilancia y seguimiento de mujeres embarazadas VIH-positivas diagnosticadas durante el embarazo, el parto o posteriormente al parto. Esta estrategia ha constituido una herramienta fundamental para monitorear el cumplimiento de las pautas y normativas dirigidas a reducir la transmisión perinatal hacia el 2020.

El proceso se desencadena ante la identificación de un registro "reactivo" de prueba de VIH en una mujer embarazada (gestación, trabajo de parto o puerperio). Los registros "reactivos" se obtienen a partir del Sistema de Información Perinatal (SIP) y Certificado de Nacido Vivo electrónico. Tras completar un formulario, se releva información sobre la situación sociodemográfica, gestas previas y actual, screening de VIH, tratamiento, pareja, parto y recién nacido. Se realiza además el seguimiento de los niños expuestos al VIH hasta descartar y/o confirmar la infección por VIH.

Finalmente, se realiza un análisis del proceso y se dan sugerencias a cada prestador de salud buscando que implementen medidas correctivas, de ser necesarias. Una vez concluido el seguimiento de los niños, se realiza un informe nacional consolidado compartido con los proveedores de servicios y el público en general.

La implementación de esta estrategia de auditoría de casos constituye una herramienta de monitoreo clave para identificar las brechas existentes y realizar supervisión y capacitación focalizada a los equipos de salud, contribuyendo no solo a la ETMI del VIH, sino también a mejorar la calidad de atención.

“Fuente: Información proporcionada por el Área Programática ITS – VIH/Sida. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Informes de Transmisión Vertical de Sífilis y VIH <http://www.msp.gub.uy/noticia/informes-de-trasmisi%C3%B3n-vertical-de-s%C3%ADfilis-y-vih>”

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes /autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

Caribe

La tasa de transmisión de materno-infantil en el Caribe fue 14% [10 – 16%]* en 2018, siendo de las más bajas del mundo; y 40% más baja que la tasa de 22% [17 – 27%] en 2010.

Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Islas Caimanes, Cuba, Montserrat y San Cristóbal y Nieves han alcanzado la eliminación de la transmisión materno-infantil.

8 DE CADA 10

se realizó la prueba de detección del VIH en el año 2015



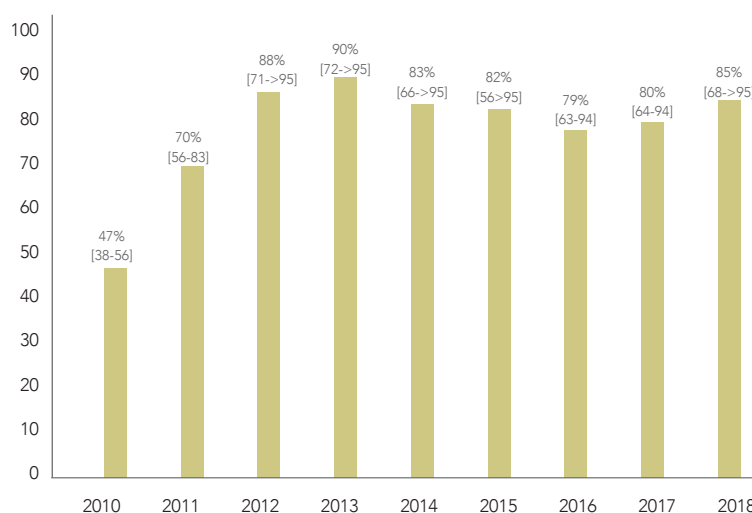
Como se ve en la Figura 4, se ha registrado un aumento en la cobertura regional de tratamiento antirretroviral en embarazadas con VIH, de 47% [38 – 56%] en 2010 a 86% [68 - >95] en 2018. A pesar del noCuadro incremento, se observa una tendencia irregular, presentando descenso entre 2013 y 2016 que se ha estabilizado. entre 2016 y 2018. A su vez, esta cobertura entre los diferentes países y territorios del Caribe oscila entre 44 y >95% (Ver Anexo 2) (23).

La detección temprana del VIH en recién nacidos osciló entre 46% y >95% entre los países de la región en el 2018 (Ver Anexo 2).

Las infecciones de VIH infantiles evitadas en el Caribe han pasado de <1000 [<500 - <1000] en el año 2010 a 1300 [<1000 - 1800] en el año 2018 (11).

Figura 4.

Cobertura de tratamiento antirretroviral en mujeres embarazadas en el Caribe, período 2010–2018



Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

Antigua y Barbuda. Estrategias claves para eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.

El 1 de diciembre de 2017, Antigua y Barbuda se convirtió en uno de los países y territorios del Caribe validados por la OMS por haber eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH y la sífilis congénita. Para lograrlo, esta pequeña nación en desarrollo ha innovado para garantizar que las mujeres tengan acceso a atención prenatal temprana, que personas inmigrantes hispanohablantes tengan acceso a los servicios de prevención, y que los datos de servicios de salud privados sean incluidos en los sistemas de información nacionales.

Según la directora médica de Antigua y Barbuda, Dra. Rhonda Sealey-Thomas, el Ministerio de Salud, Bienestar y Medio Ambiente ideó estrategias para asegurarse de que las mujeres embarazadas se sintieran empoderadas y respaldadas para comenzar la atención prenatal lo antes posible. El estado emplea un modelo de enfermería comunitaria en el cual las enfermeras del Distrito realizan visitas

domiciliarias para alentar a las mujeres a ingresar a los centros de salud cerca del inicio de sus embarazos; y para mantener sus citas. El país aprovechó al máximo su sistema de atención primaria de salud, utilizando sus 26 clínicas comunitarias para garantizar que todas las mujeres tuvieran fácil acceso a la atención prenatal.



El Ministerio de Salud de Antigua y Barbuda proporciona tratamiento antirretroviral gratuito a las mujeres que dan positivo en el examen de detección de VIH y fórmula gratuita. Al mismo tiempo, alienta a las madres que viven con el VIH a no amamantar. Consejeros dedicados hacen el seguimiento de las madres con VIH, esCuadrociendo contactos cuando sea necesario con el Coordinador de Atención Clínica del país en la clínica de VIH en el Centro Médico Mount St. John. La Unidad de Pediatría del hospital también brinda atención de seguimiento a los bebés a través de su clínica para pacientes ambulatorios.

El enfoque de Antigua y Barbuda también supera las barreras del idioma y el estado migratorio, ya que ha tomado la decisión política para proporcionar atención médica a las personas inmigrantes. A través de un grupo de proveedores de servicios de habla hispana, mujeres migrantes reciben servicios y tratamiento en su idioma natal.

“Los servicios en las clínicas de salud de la comunidad son gratuitos. La nacionalidad no importa. Si a las personas migrantes no se les brinda asistencia sanitaria, cuesta más a largo plazo. Al proteger la salud de las personas migrantes, usted está protegiendo indirectamente la salud de su propia población”, explicó el Dr. Sealey-Thomas.

Usando un grupo de proveedores de atención médica que hablan español, el Ministerio de Salud aseguró que las mujeres de habla hispana recibieran tratamiento y atención de calidad en su lengua.

Por otro lado, el tamaño pequeño del país facilita el acceso a servicios. Sin embargo, la pequeña población de poco más de 90 000 habitantes requiere especial cuidado para garantizar la confidencialidad y acabar con el estigma y la discriminación en los entornos de atención médica. Una oficina de Derechos Humanos en la Secretaría Nacional del Sida y dos organizaciones no gubernamentales trabajan con el Ministerio de Salud para abordar cualquier desafío relacionado con el estigma y la discriminación en los entornos de salud. Además, los proveedores de atención médica han recibido capacitación anti-estigma y discriminación para abordar los prejuicios, el sesgo inconsciente y la confidencialidad.

La Dra. Sealey-Thomas señala que la asociación de información entre el sector público y privado de salud, la dedicación de las enfermeras del país y la fortaleza de los servicios de atención prenatal son las razones del éxito de la ETMI en Antigua y Barbuda. También elogió a la Secretaría Nacional del Sida, que según ella proporcionó el liderazgo para impulsar el proceso de validación.

Fotos: Ministerio de Salud y Medio Ambiente de Antigua y Barbuda.

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA.

Prevención combinada en poblaciones clave

EL ALCANCE DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS AÚN NO ES SUFICIENTE EN LAS POBLACIONES CLAVE PARA ALCANZAR LAS METAS “FAST-TRACK”

Poner fin a la epidemia de Sida como una amenaza para la salud pública en Latinoamérica y el Caribe requiere que las poblaciones clave no sean dejadas atrás. Para lograr este objetivo se necesita una mayor inversión de recursos en intervenciones de prevención combinada que respondan a las necesidades específicas de estos grupos, enfocándose en la prevención de nuevas infecciones, asegurando la detección temprana de personas seropositivas y su inclusión en los servicios de atención y tratamiento, con el objetivo que alcancen y mantengan la supresión viral.

En la mayoría de los países de la región las poblaciones clave identificadas en el contexto de la epidemia del VIH son los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), las mujeres trans, las personas privadas de su libertad (PPL) y las personas que utilizan sustancias.⁶ Es importante señalar que casi todos los países incluyen también a la población adolescente como un grupo expuesto a un riesgo mayor de contraer el VIH. Las poblaciones indígenas y migrantes aparecen también como poblaciones prioritarias en aquellos países cuyos contextos geográficos, económicos y culturales han colocado a estas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad (24, 25).

Los programas de prevención combinada han sido definidos como aquellos que se basan en los derechos, la evidencia y la comunidad. ¹⁴⁷ Dichos programas plantean una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales cuyo propósito es responder en forma sinérgica a las necesidades de prevención del VIH de personas y comunidades concretas, como se muestra en la Figura 5.

La acción preventiva de los componentes biomédico y comportamental depende de intervenciones estructurales –leyes protectoras, reducción del estigma y la discriminación, etc. A su vez, la participación plena de las comunidades afectadas es transcendental para asegurar la efectividad y continuidad de los programas de prevención combinada (25).

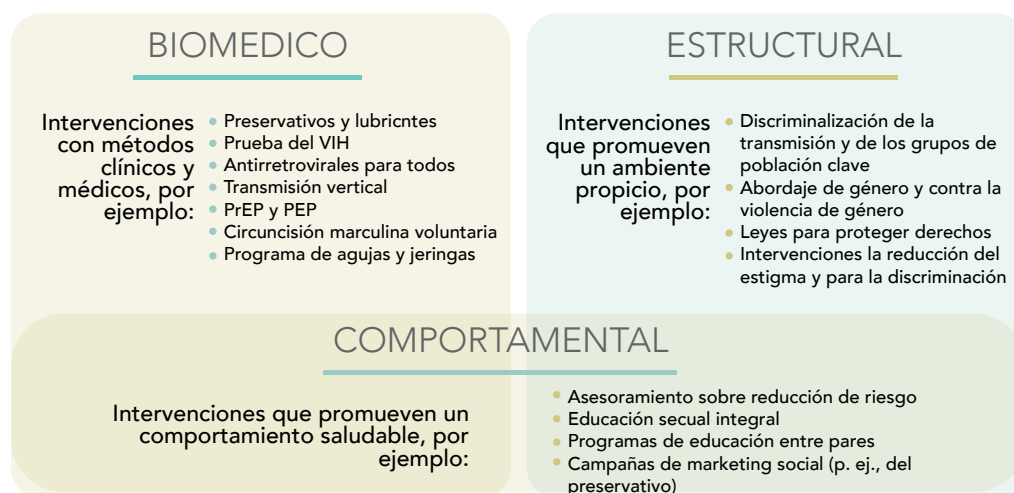
En la región, la prevalencia de VIH entre las poblaciones clave es mucho más elevada que entre los adultos en su conjunto. Datos pertinentes de la prevalencia del VIH en Latinoamérica y el Caribe indican que la prevalencia en hombres gay y otros HSH oscila entre 1.1% y 25.4%; y entre 2.3% y 34.8% en las mujeres trans (ver Anexo 3).

⁶ Salvo México, el resto de los países consideran principalmente al grupo de consumidores de drogas no inyectables (pasta base de cocaína o crack).

⁷ 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 lo adoptó y lo expandió. Años después se actualizó en el documento Acción acelerada para la prevención combinada.

Figure 5.

Áreas del abordaje de la prevención combinada de la infección por VIH



Fuente: Prevención Bajo la Lupa. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud y el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2017. Adaptado de "Advancing combination HIV prevention: an advocacy brief for community led organizations. Hove: International HIV/AIDS Alliance; 2016"

A pesar de esta realidad las poblaciones clave a menudo tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de prevención combinada. El estigma y discriminación y la falta de servicios amigables para con estas poblaciones siguen constituyendo un obstáculo para la prevención efectiva del VIH en ALC.

Hacer foco en estos grupos es de vital importancia y es por eso que el ONUSIDA ha definido que se necesitan paquetes combinados de prevención que incluyan:

1. Prueba de VIH, incluyendo pruebas orales, pruebas rápidas, auto-test y acompañamiento.
2. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
3. Profilaxis preexposición (PrEP).
4. Profilaxis post-exposición (PEP).
5. Distribución de condones masculinos y femeninos y lubricantes.
6. Tratamiento con ARV para todos (independientemente del recuento de linfocitos CD4 o del estadio clínico de la infección).
7. Actividades de extensión comunitaria a cargo de pares.
8. Información y educación sobre salud sexual.

Desafortunadamente este enfoque comprehensivo aún no ha sido incorporado por la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. A su vez el nivel de compromiso político y de progreso en su implementación es heterogéneo y la financiación de una proporción significativa de las acciones de prevención del VIH para poblaciones clave proviene del Fondo Mundial y del Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del Sida (PEPFAR), principalmente. A pesar de esto, algunos países en ambas subregiones ya están fortaleciendo y ampliando sus intervenciones combinadas y las están adaptando a sus epidemias locales.

América Latina

En 14 países de la región la prevalencia del VIH entre las MTS oscila entre 0% y 7%. Por su parte, la prevalencia entre los hombres gay y otros HSH es superior al 10% en 12 de los 16 países de Latinoamérica que reportan datos. Respecto a las mujeres trans la prevalencia oscila entre 7.4% y 34.8% (Ver Anexo 3).

Se estima que el tamaño de la población de hombres gay y otros HSH en Brasil se sitúa en 2 millones aproximadamente, en tanto la población de MTS es de algo más de medio millón.

Por su parte, México presenta un estimado de 1 200 000 hombres gay y otros HSH, 240 000 TS y alrededor de 120 000 mujeres trans (11).

En América Latina, la mediana de cobertura para realizar la prueba del VIH en los últimos 12 meses es de 48% para los hombres gay y otros HSH; 64% para MTS y 74% en mujeres trans (Ver Anexo 3).

En relación con la prueba de VIH, casi todos países han informado que la ofrecen específicamente a las poblaciones clave (25), no obstante, la cobertura es aún limitada.

Desde el año 2017, Brasil es pionero en la región en regular la venta de pruebas de auto diagnóstico en farmacias luego de someterlas a la aprobación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA). En 2018, se Brasil y El Salvador comenzó la distribución de manera focalizada en algunos servicios de salud, como parte de la estrategia nacional sus estrategias nacionales de prevención combinada.

Buscando generar espacios que permitan aumentar el acceso de los hombres gay, otros HSH y mujeres trans a los servicios de salud existentes, Argentina desarrolla desde el año 2009 un programa de consultorios amigables coordinado desde el Ministerio de Salud, cuyo modelo se ha convertido a la fecha en una política pública, abriendo oportunidades para el incremento en la cobertura de servicios. También Uruguay ha buscado mejorar la provisión de servicios en esta línea a nivel municipal en la capital del país y a través de los servicios de salud del Estado en algunos hospitales públicos (15).

Los Ministerios de Salud de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá han adoptado la estrategia de las Clínicas de Vigilancia y Control de VIH/sida e Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS) para proveer paquetes de prevención dentro de las poblaciones clave buscando alcanzar grupos que no pueden o no desean ser atendidos en estos servicios durante el horario regular. De la misma manera, PEPFAR implementa un programa piloto en 37 esCuadros de los cinco países para implementar modelos diferenciados de prestación de servicios para grupos de población clave, con la finalidad de crear perfiles de pacientes que permita entre otras cosas reducir las visitas clínicas y de recolección de ARV para pacientes esCuadros (26).

La implementación de PrEP es un desafío en la región. No obstante, Brasil esta estrategia en sus servicios públicos de salud. Desde mayo de 2017, el Sistema Nacional de Salud de Brasil comenzó a ofrecer PrEP gratis a poblaciones de mayor riesgo y se ha estimado que 9000 hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres trans recibieron PrEP a través del Sistema Nacional de Salud durante el primer año del programa. La oferta de PrEP se lleva a cabo en 36 unidades de salud, distribuidas en 10 estados y el Distrito Federal. En abril de 2018, se capacitó a 29 nuevos servicios sanitarios en los 16 estados restantes y actualmente están ofreciendo PrEP. Al menos una unidad de salud ofrece PrEP en cada estado del país (15). Con esta oferta de PrEP gratuita, se estima que 54 000 personas recibirán PrEP en los

próximos 5 años. Desde la inclusión de su programa PrEP en el sector público de salud el país cuenta con todas las intervenciones de prevención combinada.

En Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Uruguay, la PrEP puede obtenerse en pequeña escala a través de centros de salud privados, plataformas de Internet, organizaciones de la sociedad civil, o proyectos de investigación.

Más evidencia: PrEP en Brasil

Un proyecto de demostración de PrEP en Brasil, cuyos resultados fueron publicados en *The Lancet* en febrero de 2018 (36), ha proporcionado evidencia real sobre los beneficios de esta tecnología innovadora de prevención del VIH especialmente en los hombres gay y otros HSH; y en las mujeres trans.

“PrEP Brasil” evaluó la administración de PrEP (tenofovir y emtricitabina para prevenir el VIH) durante 48 semanas en 450 hombres gay y otros HSH; y mujeres trans que viven en São Paulo y Río de Janeiro.

Al comienzo del estudio, todas las personas participantes eran VIH negativas y se remitieron al programa después de informar relaciones sexuales de riesgo, definidas como: tener sexo anal sin condón, dos o más episodios de sexo anal con una pareja con VIH, o un historial de ITS. Se retuvo al 83% de las personas participantes en la semana 48; y de este grupo, tres cuartas partes (75%) presentó concentraciones protectoras de fármacos consistentes con altos niveles de adherencia, lo que significa que tomaron al menos cuatro dosis por semana.

Si bien la conducta sexual de riesgo fue alta en general para quienes participaron en el estudio, solo dos personas se sero-convirtieron durante el estudio; y tenían concentraciones indetectables de tenofovir en la sangre.

Esto demuestra la importancia de incrementar el acceso a PrEP para mantener controlada la epidemia del VIH entre las poblaciones clave.

Los autores señalan que se necesita más trabajo para aumentar y expandir la conciencia y para desarrollar estrategias de apoyo de adherencia. También señalan programas de PrEP específicos para mujeres trans deberían ser implementados, dado que solo 25 de quienes participaron en el estudio eran mujeres trans.

Con relación a la PEP, todos los países de la región la proporcionan ya sea en los centros atención primaria o en los servicios de urgencias para exposiciones ocupacionales y en caso de violación (19). Además, Argentina, Uruguay, Brasil y Colombia 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 condón).

Paraguay. CENTRO COMUNITARIO SOMOS GAY: acercando los servicios de salud a las poblaciones clave



La Clínica Kuimba'è está ubicada en el Centro Comunitario SOMOSGAY y es parte de un programa más amplio para apoyar a los HSH y con VIH. El programa fue conceptualizado y es implementado por miembros de la comunidad.

SOMOSGAY ofrece una gama de servicios sociales y de salud y aboga por políticas de salud pública, educación y otras políticas públicas, incluyendo VIH. También proporciona una incubadora para que los grupos de base se reúnan y creen redes de contactos. Dos de tales redes han surgido: LESVOS, un grupo de mujeres lesbianas, y DIVERSA, una red nacional de defensa de los jóvenes que viven con el VIH o están afectados.

La Clínica Kuimba'è es un centro que ofrece atención clínica gratuita, pruebas, tratamiento y derivaciones, con especial énfasis en la prevención del VIH y las ITS. La clínica abre de lunes a sábado y ofrece horarios extendidos que no está cubierto por el sistema de salud pública. Se ofrece consejería entre pares para el VIH junto con condones y lubricantes a base de agua, así como PrEP a quienes califiquen.

Otro programa estrechamente relacionado es "Agentes Comunitarios en DDHH y Salud", un ciclo de talleres centrados en la capacitación y el empoderamiento de jóvenes LGBT que brindan información básica,

paquetes de prevención, asesoramiento, liderazgo y capacitación a miembros de la comunidad. Actualmente hay más de 200 Agentes Comunitarios en todo el país.

La clínica también ejecuta programas masivos de prueba del VIH y campañas en lugares públicos llegando a un gran número de personas con información, paquetes de prevención, pruebas, asesoramiento y derivaciones posteriores y vinculación con la atención.

SOMOSGAY ha desarrollado EQUIS, una aplicación gratuita que brinda información sobre la prevención del VIH, servicios de prueba y tratamiento disponibles para las personas lesbianas, bisexuales, trans, e intersex en el país.

Foto: Resumen elaborado por gerencia de gestión del conocimiento SOMOSGAY
Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

Caribe

Se estima que en Cuba la población de hombres gay y otros HSH es de 279 200, la de MTS 82 500 y la de mujeres trans corresponde a 3 500. En República Dominicana la población estimada de hombres gay y otros HSH es alrededor de 132 000, el número estimado de trabajadoras sexuales es 97 800 y el de mujeres trans es 9 400. La mediana de cobertura de la prueba del VIH en los últimos 12 meses es de 57% para los hombres gay y otros HSH; y 65% para MTS. (Ver Anexo 3).

Jamaica por su parte, ha informado que una de las estrategias de utilizadas para acceder a los hombres gay y otros HSH, es la extensión comunitaria a cargo de pares utilizando incluso Intervenciones en el hogar para aumentar la aceptación de las pruebas de VIH (15).

Entre los países del Caribe la prevalencia del VIH entre los hombres gay y otros HSH oscila entre 1.3% y 32.8%. La prevalencia entre las trabajadoras sexuales muestra una variación que va desde 0% a 8.4%. Solo Cuba, la República Dominicana, Guyana y Jamaica han aportado datos de prevalencia en mujeres trans, con prevalencias de 3.1%, 27.2%, 8.4%, y 51% (ver Anexo 3).

A pesar de las recomendaciones de la OMS basadas en la evidencia, y de los aportes significativos de investigaciones sobre intervenciones como PrEP en la región, los países han sido lentos en adoptar, ésta y otras tecnologías de prevención combinada en sus políticas públicas. PrEP se ofrece a través del sistema de salud público en las Bahamas y Barbados como parte de sus estrategias nacionales de VIH. En Jamaica, Surinam y República Dominicana se ofrece PrEP a través de centros de salud privados.

Todos los países del Caribe proporcionan PEP tanto en los centros atención primaria o en los servicios de urgencias para exposiciones ocupacionales y en caso de violación. Además, algunos países como Bahamas, Barbados, Haití and Jamaica han incorporado las recomendaciones de la OMS de proveer la PEP en los casos de episodios de riesgo por una relación sexual desprotegida.

Jamaica. Tevin Gordon: historia de vida

“Eres un muchacho muy joven, si no fueras gay no tendrías VIH ahora”, estas son las palabras que Tevin Gordon recuerda haber escuchado de un farmacéutico cuando fue a recoger sus ARV de una de las farmacias públicas que brindan tratamiento subsidiado para el VIH para pacientes que viven con VIH.

Tevin tiene 23 años y ha estado viviendo con VIH durante los últimos 5 años. Primero fue a una prueba de VIH, llevado al centro de pruebas por su madre, quien insistió en una prueba. Su segunda prueba fue autoiniciada, manejada profesionalmente y el diagnóstico de VIH positivo no lo consternó. En cambio, dice que el diagnóstico positivo fue una llamada de atención y lo llevó a revisar su perspectiva de vida “negativa, desagradable, agria y amarga”. El apoyo y la aceptación que recibió de amigos y familiares hicieron que estuviera más decidido a vivir positivamente con el VIH.

Curiosamente, Tevin informa que el mayor rechazo y discriminación que ha enfrentado es del personal de salud que agrega que, “es desafortunado que experimente el rechazo de las personas que hubiera esperado fueran de apoyo”. Además de la experiencia con el farmacéutico, también recuerda comentarios estereotipados sobre ser gay y VIH positivo por parte de un flebotomista. Agrega que las personas también son discriminadas en centros de salud basados en “la piel sombreada” y la clase. Como un hombre afeminado VIH positivo, ha tenido su parte de ridiculización. Sin embargo, Tevin dice que nunca deja que estas experiencias lo depriman.



Ahora es empleado de la Red Jamaica de Seropositivos (JN+) como Facilitador Comunitario, donde apoya a las personas con el VIH recién diagnosticadas para que naveguen por el sistema de salud y se asegure de que permanezcan en tratamiento y eventualmente logren la supresión viral. Señala que

en este puesto se ha encontrado e interactuado con un “increíble” personal de salud que apoya y camina mano a mano con las personas

con VIH. Los facilitadores comunitarios son un brazo importante de la programación de la respuesta al VIH del Ministerio de Salud de la Nación y para la implementación de la política de Prueba e inicio. JN+ amplió la política para “Probar, Comenzar y QUEDARSE” y depende de personas motivados como Tevin.

Foto: ©UNUSIDA, Jamaica.

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA.

Jóvenes y VIH

Cambiar la trayectoria de la epidemia requiere proteger a las generaciones presentes de contraer el VIH mediante la eliminación de las nuevas infecciones por el VIH entre los niños y dando garantías para que adolescentes y jóvenes accedan a educación sexual integral, servicios amigables de salud sexual y reproductiva para jóvenes; y a otras intervenciones de prevención combinada que esta población necesite.

En el año 2018 se estimaban un total de 130 000 [91 000 - 180 000] personas de 15 a 24 años con VIH en América Latina y el Caribe, 56% de ellas eran hombres. En ese año hubo 25 000 [18 000 - 34 000] nuevas infecciones entre jóvenes de este grupo etario, lo cual representa una quinta parte del total de las nuevas infecciones en la región. Esto significa que en los últimos ocho años hubo una reducción del 7%, lo cual hace suponer que la meta regional de reducir en 75% las nuevas infecciones en jóvenes para el 2020 no será posible (11).

En el "Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH" llevado a cabo en el año 2015, los países participantes se comprometieron a una reducción de las nuevas infecciones de VIH en jóvenes (15-24 años) de 75% hacia el 2020 y de 90% hacia el 2030. También propusieron trabajar para que las personas jóvenes con VIH disfruten plenamente la protección dentro de sus comunidades y el acceso igualitario a la salud, el empleo, la justicia, la educación, la nutrición y los servicios sociales.

El "IV Encuentro de J+LAC" celebrada en Cuzco, Perú en el 2017 reunió a jóvenes viviendo con VIH con el propósito de revisar los avances, logros y dificultades que han presentado las redes nacionales, redefinir la estructura operativa interna y esCuadrocer las líneas estratégicas de trabajo para los próximos años.

En la región, si bien la prevalencia del VIH en jóvenes de 15 a 24 años es baja, siendo en América Latina de 0.1% en hombres y menos del 0.1% en mujeres; y en el Caribe de 0.3%, y 0.5% respectivamente (5). Esta población se considera un grupo con mayor probabilidad de participar en comportamientos de riesgo para la salud. Normas de género esCuadrocida o percibidas puede incrementar comportamientos de riesgo en hombre, por ejemplo, teniendo relaciones sexuales sin protección y menor aceptación para acudir a los servicios de salud cuando lo necesitan.

A su vez, todas las formas de violencia, incluida la violencia de género, violencia sexual, violencia por parte de la pareja íntima y violencia institucional, pueden aumentar el riesgo de las mujeres, incluyendo las mujeres trans, de infectarse con VIH. Por lo tanto, eliminar las desigualdades de género, el abuso, la violencia de género, y aumentar el empoderamiento de las mujeres jóvenes es fundamental para que puedan protegerse frente al VIH.

Asimismo, persisten obstáculos para el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes con VIH, en parte por la existencia de barreras legales para la implementación de educación sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de VIH; y de la existencia de políticas que hacen mandatorio el consentimiento parental para tener acceso a pruebas de VIH o para obtener los resultados.

Condiciones estructurales existentes en los distintos países -situación socio económica, leyes prohibitivas, disparidades legislativas, normas de género, religión y cultura, entre otras- afectan heterogéneamente la protección de los derechos de adolescentes y jóvenes en los países de ambas subregiones.

América Latina

En el año 2018 se estima que la cantidad de nuevas infecciones por VIH en jóvenes de 15 a 24 años de América Latina fue de 21 000 [15 000 - 27 000], lo que corresponde a un 21% del total de las nuevas infecciones de la región. Esto representa solo una reducción de 5% respecto al año 2010. Se estima que en América Latina hubo menos de 1000 muertes relacionadas con el Sida en jóvenes de entre 15 a 24 años en el año 2018, una ligera reducción comparadas con las 1100 [<1000-2000] del año 2010.

A partir de la información que proporcionan las encuestas MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) de UNICEF, en los países participantes más de 90% de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) han escuchado sobre VIH,⁸ pero cuando revisamos los datos relacionados con el conocimiento sobre la prevención del HIV vemos que en la mayoría de los países que reportan este indicador para el GAM (Global Aids Monitoring) el conocimiento sigue siendo bajo.

Bolivia reporta 22.4% de conocimiento entre mujeres jóvenes y 27.7% en hombres jóvenes, 31.6% en mujeres y 28.5% en hombres en Colombia, 31.1% en mujeres y 33.9% en hombres en El Salvador, 22.2% en mujeres y 21.9% en hombres en Guatemala, 33.1% en mujeres y 34.7% en Honduras, 40.3% en mujeres en Argentina, 33.1% en mujeres de Costa Rica y México, 15% en mujeres de Nicaragua, 37.1% en mujeres en Panamá, 27.5% en mujeres de Paraguay, 75.3% en mujeres de Perú, y 34.5% en mujeres en Uruguay⁹. Esto reitera la necesidad de redoblar esfuerzos para avanzar en la implementación de los acuerdos en materia de educación integral para la sexualidad esCuadrocidos en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

En lo que refiere a identificar correctamente los mecanismos de transmisión, el porcentaje de jóvenes entre 15 y 24 años que identifican que el uso de condón reduce el riesgo de transmisión de VIH varía en la región entre 68% a poco más de 90% con diferencias marcadas entre el conocimiento entre hombres y mujeres. En casi todos los países que tienen datos desagregados por sexo, las mujeres reportan menor porcentaje de identificación del condón como método para reducir la transmisión de VIH (por ejemplo: en Bolivia, 83% hombres y 75% mujeres, mientras que, en Honduras, 84% hombres y 76% mujeres). En la mayoría de los países también es mayor el porcentaje de hombres que identifica que mantener una sola pareja reduce el riesgo de ITS con relación a las mujeres (por ejemplo: en Honduras, 93% hombres, 88% mujeres).

En lo que referente al uso de condón en la última relación sexual, la probabilidad de que un hombre reporte haber usado condón es prácticamente el doble que para una mujer; y así ocurre para todos los países. En general, el uso de condón disminuye con la edad. En forma contraria, la probabilidad de haberse realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida es casi del doble para una mujer con relación a un varón en todos los países encuestados (Ver Anexo 4) (28).

Si bien todos los países de América Latina esCuadrocen políticas de prevención, consejería y testeo del VIH, en Bolivia (Plurinacional Estado de), Guatemala, Honduras

8 Países de ALC donde se han realizado encuestas MICS: México, Uruguay, El Salvador, Panamá, Argentina, Costa Rica, Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia, Guatemala. Cuba, República Dominicana, Haití, Guyana, Barbados, Santa Lucía, Belice, Jamaica, Trinidad y Tobago, Surinam.

9 Ibid

y Perú, todo menor de 18 años requiere el consentimiento de un adulto responsable para realizarse la prueba del VIH. En Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y Uruguay no se requiere el consentimiento para que adolescentes y jóvenes menores de edad puedan realizarse las pruebas de VIH. Otros países como Argentina, Chile, Colombia, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) requieren el consentimiento de los padres o tutores para que adolescentes y jóvenes se realicen la prueba de VIH a partir de los 16 y 14 años. Estos factores contribuyen a una baja cobertura de pruebas en esta población.

También las personas jóvenes enfrentan otras barreras en el acceso a servicios de VIH en países que no brindan la gratuidad universal exámenes de linfocitos CD4 y carga viral (Chile, Colombia y Panamá) (29,30).

Ecuador. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito: los jóvenes como protagonistas.

El Distrito Metropolitano de Quito trabaja en coordinación con demás instancias metropolitanas y del Sistema Nacional de Salud implementan acciones del componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva con énfasis en la prevención de violencia, embarazo en adolescentes, e infecciones de transmisión sexual y VIH.

Cuenta con el apoyo del Proyecto de la Cooperación Técnica de Japón y con el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA–. Este componente es promocionado y visibilizado con la estrategia del nombre de Sexualidad: “Saber, Pega Full”.

La “Casa Saber Pega Full” es un servicio de atención amigable para adolescentes que pertenece a la Unidad Metropolitana de Salud Centro, Norte y Sur; su objetivo es involucrar a personas adolescentes y jóvenes en actividades sanas. Los facilitadores de los talleres desarrollan temáticas que se encuentran incluidas en los manuales “Manual Sexualidad Saber Pega Full” y “Manual de Procedimientos Técnicos en Promoción y Prevención para las Instancias Municipales de Captación a Adolescentes”.

Además, desde el Municipio se ha buscado direccionar los esfuerzos para continuar impulsando un cambio en la cultura de las instituciones gubernamentales de salud, empoderando a las personas jóvenes para que sean protagonistas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, se promueva la igualdad de género, la convivencia pacífica, el acceso a métodos anticonceptivos y garantizar mecanismos para su atención, que imparten en la disminución de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Para el trabajo con los adolescentes de las Instituciones Educativas Municipales se esCuadroció un Convenio entre la Secretaria de Salud y la de Educación (CONV.SERD2015-001) para trabajar conjuntamente en la implementación de servicios amigables e integrales para la población joven. Psicólogos contratos por las Secretarías capacitaron a los docentes del Programa de Participación Estudiantil dentro del componente “Vida Saludable” donde se incluye módulos de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

LA CIFRA
DE NUEVAS
INFECCIONES
POR VIH EN
JÓVENES SE
REDUJO 17% EN
EL CARIBE ENTRE
2010 Y 2018

Los docentes con el acompañamiento técnico de la Secretaría de Salud instruyen a los estudiantes como voceros de estas temáticas a la población escolar durante el año 2017-2018. En el 2017, con la estrategia de vocerías de pares en las 20 Instituciones Educativas Municipales se alcanzó a 12 269 estudiantes con 224 voceros pares formados.

De acuerdo con los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud Pública en coordinación con la sociedad civil, universidades y empresas privadas, se desarrolló un modelo de promoción y prevención amigable para las poblaciones clave en dos de las tres Unidades Metropolitanas de Salud. Durante el 2018, se captaron a 295 personas de grupos de población clave, en las que se realizaron actividades de promoción, 287 de ellas accedieron a la realización de prueba de VIH, encontrándose 19 resultados positivos. Además, se realizó la entrega de 3525 condones y 1175 lubricantes.



Foto: Actividades Dirección Metropolitana de Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito.

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

Caribe

Se estima que en el año 2018 hubo 4400 [2600 – 6900] nuevas infecciones por VIH en jóvenes de 15 a 24 años, lo cual representa una reducción del 20% desde el 2010 y el 27% de las nuevas infecciones totales de la subregión. Las muertes de jóvenes entre 15 a 24 años relacionadas con el Sida en el año 2018 se han estimado ser menos de 500.

El acceso a servicios de salud, a la prueba de VIH y a tratamiento antirretroviral, especialmente en los hombres jóvenes, sigue rezagado en los países caribeños. Frente a la existencia de leyes que criminalizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el riesgo para los jóvenes HSH en el Caribe es muy elevado (30, 31). La prevalencia del VIH en hombres gay y otros HSH menores de 25 años es elevada, con un rango entre 1.1% y 26.6% en los países de la región que reportan este dato (11).

De acuerdo a las encuestas MICS realizadas en países caribeños, más de 90% de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) han escuchado sobre VIH, pero cuando revisamos los datos sobre conocimiento de la prevención del VIH, llama la atención en bajo conocimiento en la mayoría de los países que reportan este indicador. Bahamas reporta conocimiento sobre los tres métodos para la prevención de VIH de 2.8% en mujeres y 5.8% en hombres, Barbados 47.6% en mujeres y 44.8% en hombres, Belice 41.4% en mujeres y 45% en hombres, Cuba 60.9% en mujeres y 58.6% en hombres, República Dominicana 46.4% en mujeres¹⁰, Guyana 51.5% en mujeres y 40% en hombres; y Haití 38.3% en mujeres y 36.2% en hombres.

El porcentaje de hombres entre 15 y 24 años que identifican que el uso de condón reduce el riesgo de transmisión de VIH oscila en la región entre 85% a poco más de 90%. Mientras que tal conocimiento entre mujeres jóvenes varía entre 74% (en Belice) y 93% (en Barbados). En tres países cuyos datos permiten desagregar por sexo, las mujeres presentan menor porcentaje de identificación del condón como método para reducir la transmisión de VIH (por ejemplo, en Haití: hombres 88% y mujeres 85%).

En Guyana y Haití existe el porcentaje mayor de varones que identifica que mantener una sola pareja reduce el riesgo de ITS con relación a las mujeres. Las mujeres presentan mayor conocimiento en comparación con los hombres en la República Dominicana.

El porcentaje de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH alguna vez en la vida en Haití y Guyana muestra que la probabilidad de haberse realizado la prueba es más del doble para una mujer joven con relación a un hombre joven, mientras que en República Dominicana es casi el triple (Ver Anexo 4) (30).

Un estudio, llevado a cabo en Haití, informó que las mujeres jóvenes demostraron conductas de bajo riesgo, pero estaban en mayor riesgo de contraer el VIH debido a un comportamiento de alto riesgo de sus parejas (31).

En la República Dominicana, Haití, Jamaica y Santa Lucía, la edad de consentimiento para obtener una prueba de VIH es 16 años. Antigua y Barbuda mantiene restricciones para acceder a pruebas de VIH para jóvenes menores de 14 años.

10 Solo hay datos sobre mujeres disponibles

Jamaica. Ministerio de Salud: Llevar los servicios de salud reproductiva (SSR) y otros servicios prioritarios a los jóvenes de Jamaica



Respondiendo a la necesidad de un mayor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes en Jamaica, se estableció un Centro de Adolescentes y Jóvenes "Teen Hub" en el centro de transporte más

transitado de la ciudad de Kingston. El centro se abrió en abril de 2017 con un lanzamiento oficial en noviembre del mismo año.

Se han realizado más de 2 660 visitas al centro de adolescentes dentro de su año de funcionamiento. Esto incluye visitas para 700 pruebas de VIH entre el grupo de 16 a 24 años.

El centro está operado por el Ministerio de Salud en colaboración con AIDS Health Foundation. Los servicios brindados incluyen, apoyo de salud mental, detección de VIH y otras ITS, y otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Foto. Corte de cinta apertura "Teen Hub" Ministerio de Salud

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

Estigma y Discriminación

A PESAR DE LOS AVANCES, LA DISCRIMINACION Y LA VIOLENCIA SIGUEN SIENDO BARRERAS ESTRUCTURALES EN LA RESPUESTA AL VIH DIFICILES DE SUPERAR

En América Latina y el Caribe aún existen leyes y políticas que discriminan grupos de personas específicos con base a su orientación sexual, su identidad de género y su expresión, o su estado serológico. A su vez, persisten actitudes y prácticas estigmatizantes y discriminatorias en el sistema de salud que, junto con la desigualdad de género y la violencia basada en el género imperante en la región, siguen obstaculizando los esfuerzos para alcanzar las metas 90-90-90. Estos factores se constituyen en verdaderas barreras estructurales que limitan el acceso a servicios de prevención, tratamiento, y atención especialmente en los grupos de población clave.

A pesar de los esfuerzos y avances legales de la región en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas LGBTI, la discriminación contra ellas continúa siendo la norma (31). El monitoreo de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (ICDH) ha detectado diversas y particulares manifestaciones de violencia contra las personas LGBTI, basadas en el deseo castigar “las identidades, expresiones, comportamientos o cuerpos que difieren de las normas y roles de género tradicionales, y desafían el sistema binario hombre/mujer”. Informes del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha sostenido que a las personas LGBTI “se les somete en una proporción excesiva a torturas y otros malos tratos porque no responden a lo que socialmente se espera de uno y otro sexo. De hecho, la discriminación por razones de orientación o identidad sexuales puede contribuir muchas veces a deshumanizar a la víctima, lo que con frecuencia es una condición necesaria para que tengan lugar la tortura y los malos tratos” (31, 32, 33, 34).

Los crímenes de odio contra la comunidad LGBTI en América Latina y el Caribe han sido frecuentes y continúan en la actualidad, aún en países con amplio reconocimiento de los derechos de este colectivo. Al no existir un concepto jurídico universal se dificulta la documentación y penalización de asesinatos de personas por causa de su orientación sexual o identidad de género (31, 34).

La discriminación que experimentan las mujeres con VIH también es muy elevada. Las normas de género de larga data contribuyen a la discriminación, el abuso físico, sexual y emocional de las mujeres en general y particularmente entre las mujeres que viven con el VIH (33). Un estudio realizado en Brasil confirma que las mujeres que fueron victimizadas en algún momento de su vida tenían un mayor riesgo de infección por VIH; y respalda el desarrollo de programas integrados de prevención de la violencia y programas de atención del VIH para mujeres (34). A su vez, el Reporte de Derechos Humanos de las mujeres con VIH en las Américas además de la violencia, las mismas van desde la falta de acceso a tratamiento en algunos países, limitantes para acceder a la información y recursos de protección, hasta altos niveles de discriminación en la familia, la comunidad y los servicios (33).

Debe subrayarse que cuando la discriminación relacionada con el VIH se da en los servicios de salud y/o servicios sociales, es menos probable que las personas con VIH accedan a los servicios necesarios. La percepción de desconfianza y de falta de confidencialidad del

personal de salud potencia los temores y las conductas reacias de aquellas personas que por distintas causas vienen quedando relegadas en la respuesta al VIH.

En algunos países de ambas subregiones existen leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico y la exposición al VIH. De esta forma, los Estados siguen haciendo caso omiso a la reiterada exhortación que hacen los organismos competentes de eliminar estas leyes; y subestiman que las mismas lejos de dar protección, potencian la vulnerabilidad y obstaculizan el acceso, especialmente de las poblaciones clave a los programas de prevención y tratamiento.

En febrero de 2018, la Corte Interamericana de Derechos Humanos emitió una opinión consultativa, ante la solicitud del gobierno de Costa Rica, que interpreta la Convención Americana de Derechos Humanos para el reconocimiento de las parejas del mismo sexo y la identidad legal de las personas trans en América Latina y el Caribe. Con esta opinión, la corte continua la apertura para que se reduzcan el estigma y la discriminación de las personas por su orientación sexual y su identidad de género, lo que contribuirá a una sociedad más inclusiva facilitando que las personas gays, trans, bisexuales, intersex y lesbianas puedan acceder a servicios de salud, incluyendo atención en materia de VIH, en un ambiente libre y seguro y se brinde prevención, tratamiento y atención de manera equitativa.

América Latina

La mayoría de las constituciones de los países latinoamericanos contienen disposiciones genéricas sobre igualdad y no discriminación que aplican a todas las personas, pero no otorgan una protección explícita con base en la orientación o identidad sexual. Algunos países sí tienen artículos específicos de prohibición constitucional de la discriminación basada en la orientación sexual, por ejemplo, Ecuador (1998), Bolivia (2009) y México (2011) (33).

Desde el 2010 a la actualidad son varios los países de la región que han modificado su legislación nacional buscando ampliar el amparo de las personas LGBTI. Es así que Bolivia (2010), Chile (2012), Argentina (2012), Honduras (2013), y El Salvador (2015) tipifican específicamente los actos de violencia que se basan en la orientación sexual o identidad de género en sus Códigos Penales (Ver Anexo 5). Se suman así a otros países que ya lo habían hecho con anterioridad, Colombia (2000), Uruguay (2003), Nicaragua (2008) y Ecuador (2009) (Ver Anexo 5) (33).

Argentina (2010), Uruguay (2013) y Colombia (2016) han aprobado leyes de matrimonio para parejas del mismo sexo. En México, las leyes varían considerablemente entre estados y no todas las políticas y leyes son implementadas a nivel federal; algunos estados, como CDMX son más progresistas y reconocen el matrimonio de parejas del mismo sexo, y la adopción de menores por parejas del mismo sexo, mientras que otros estados permanecen siendo muy conservadores.

También, buscando ampliar derechos específicos de las personas trans, Uruguay (2009), Argentina (2012) y Bolivia (2016) aprobaron leyes de identidad de género y existen proyectos de ley pendientes de aprobación en los parlamentos de Guatemala y El Salvador. En Chile, el Congreso aprobó la Ley de Identidad de Género que permite que las personas trans de más de 14 años modifiquen sus nombres y registros públicos. Ningunos de los países de la región ha reportado leyes que criminalicen a las personas trans (14).

A pesar de los avances por garantizar la protección y el reconocimiento, las barreras legales siguen presentes en América Latina. De hecho, en Bolivia, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Perú, aún existen leyes que criminalizan la

EN 11 PAÍSES
DEL CARIBE, EL
TRABAJO SEXUAL
ES CONSIDERADO
UNA CONDUCTA
CRIMINAL (8).

transmisión, no revelación y exposición al VIH. Por su parte, en Costa Rica, Guatemala y Honduras si bien no existen leyes que criminalicen al VIH, sí pueden existir procesamientos basados en leyes penales generales (14).

En esta región, los crímenes de odio basados en orientación sexual no han cesado. El proyecto "Transrespeto vs Transfobia" informa que en América Latina hubo al menos 200 muertes de personas trans por esta causa en el año 2017; y un acumulado en sus registros de alrededor de 1 700 muertes en el período 2010 – 2017 (34, 35, 36).

Por su parte, el sector de salud de acuerdo al "Stigma Index" (31) es percibido por las personas con VIH como un ámbito en el que con mucha frecuencia se viola el derecho a la confidencialidad. Al respecto, el 15% de la población consultada en Costa Rica asegura que al menos una vez un profesional de la salud ha compartido con otras personas –sin consentimiento- su condición de VIH positivo. En Honduras un 10% opina lo mismo y en Nicaragua un 8%. En Guatemala 10% de los hombres y 6% de las mujeres dijeron que algún profesional de la salud había comunicado a otras personas su estado de VIH sin su consentimiento.

A su vez, la mayoría de las personas consultadas en los tres países manifiestan que sus expedientes médicos no se manejan en las instituciones de manera confidencial, o que tienen serias dudas de que así sea. En Guatemala 5.3% de los hombres y 4.3% de las mujeres entrevistados dijeron estar convencidos que sus registros médicos no se mantienen de manera confidencial, mientras que 21.8% de los hombres y 16.3% de las mujeres, dijeron que no están seguros de la confidencialidad de sus registros médicos.

En Brasil 62.7% de los hombres gay y otros HSH ha evitado la atención médica en los últimos 12 meses debido al estigma y la discriminación. En Paraguay lo han hecho 5.8% de las TS y 23.6% de los hombres gay y otros HSH. En Guatemala los hombres fueron quienes en mayor porcentaje dijeron haber evitado ir a un hospital cuando lo necesitaban o evitaron asistir a una clínica local (14.3% y 16.7%, respectivamente) en comparación con las mujeres (11.0% y 12.9%, respectivamente) (11).

Perú. Ministerio de Salud - Preparando al sistema de salud para atender a las mujeres trans y comunidades indígenas de la Amazonía Peruana

En diciembre del año 2016, el Ministerio de Salud del Perú aprobó dos regulaciones de gran relevancia para fortalecer la respuesta en poblaciones clave y sensibilizar al personal de salud para generar entornos más amigables y libres de discriminación.

-Norma técnica 126 - MINSa / 2016 / DIGIESP, denominada "Norma técnica de atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/ Sida", cuyos objetivos son: Cuadrocen las pautas para implementar intervenciones de promoción y educación para la salud, prevención de las ITS y VIH en mujeres trans, implementar estrategias que favorezcan el acceso de las mujeres trans a los servicios de salud; así como, disponer de procesos para la atención integral de las mujeres trans que viven con VIH.

Esta norma introduce la identidad y expresiones de género como factores que sitúan a pacientes en riesgos de discriminación en los entornos de salud, también, incorpora el tratamiento hormonal gratuita como parte de la atención integral de las mujeres trans y exige el reconocimiento y uso del nombre con el que el paciente se identifica en los servicios. También fortalece la estrategia de educadores de pares, y asegura la capacitación y sensibilización del personal de salud y administrativo en todos los niveles del sistema de salud.

-Norma técnica 129-MINSA/2016/DIGIESP “Norma técnica para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural”, que propone fortalecer las actividades de prevención del VIH en pueblos amazónicos, incorporando la pertinencia intercultural en las acciones de tamizaje, atención integral y tratamiento antirretroviral, combatiendo el estigma y la discriminación en las zonas indígenas amazónicas del país. Las principales estrategias son capacitación del personal de salud en las zonas indígenas, la inclusión de equipos de diálogo multilingüe entre el personal de salud, líderes comunitarios y familias, brigadas móviles que se desplazan por los ríos de la Amazonía llevando atención primaria de la salud, información para la prevención del VIH, tamizaje de VIH y sífilis, vinculación al tratamiento en breve plazo y atención integral a las personas con VIH que viven en las comunidades indígenas. La implementación de esta normativa ha sido crucial para fortalecer las intervenciones que el Ministerio de Salud (MINSA) viene liderando en las zonas de Condorcanqui y Datem del Marañón, localizada en la zona norte de la Amazonía Peruana, donde en los últimos años se ha reportado un incremento de VIH con su consecuente casos de mortalidad.

Durante el año 2017, se capacitó a más de 400 médicos, enfermeras, psicólogos, obstetras y técnicos de salud, así como a aproximadamente 50 lideresas trans comunitarias. A la fecha, se ha intensificado el tamizaje de VIH y sífilis entre mujeres trans y miembros de las comunidades Awajún y Wampis de la Selva nororiental del país. En el caso de las intervenciones en comunidades indígenas, a la fecha y con el apoyo complementario de recursos del Fondo Mundial, se ha logrado llevar atención primaria de la salud a casi 60 comunidades indígenas y tamizar a aproximadamente 15.000 personas. Los casos positivos que se están identificando vienen siendo vinculados al tratamiento antirretroviral independientemente del nivel de CD4 que presentan, tal como determina la guía nacional de manejo de pacientes con VIH.

Perú, con estas normas, fortalece y focaliza las acciones de prevención y control de la infección por VIH a la vez que reconoce las necesidades de las poblaciones clave y vulnerables, y la importancia de trabajar para eliminar el estigma y discriminación en los servicios de salud.

Fuente: Ministerio de Salud del Perú. Dirección de Prevención, Control de VIH-Sida, ETS y Hepatitis.

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

EXISTE UNA ALTA DEPENDENCIA DE FINANCIAMIENTO EXTERNO PARA ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL VIH DIRIGIDAS A POBLACIONES CLAVE

Caribe

El reconocimiento y protección de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales siguen siendo variables en toda la región. A pesar de ello, algunos avances pueden ser identificados en los últimos años. En 2016, la Corte Suprema de Justicia de Belice dictaminó que la Sección 53 del Código Penal, que sancionaba las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo por hasta 10 años, era inconstitucional, contraviniendo las protecciones de igualdad, dignidad y privacidad personal (32). Trinidad y Tobago también alcanzó un éxito importante: en abril de 2018, el Tribunal Superior de Justicia de ese país declaró la criminalización de las relaciones sexuales consensuadas entre adultos del mismo sexo como inconstitucionales. Como ejemplo del poder de la participación de la sociedad civil, el activista Jason Jones presentó una demanda contra el gobierno de Trinidad y Tobago para anular las Secciones 13 y 16 de la Ley de delitos sexuales, alegando que eran inconstitucionales y una violación de su derecho a la privacidad y la libertad de expresión (31).

Las relaciones sexuales consensuadas entre personas del mismo sexo continúan siendo criminalizadas en 8 países, donde las penas de prisión pueden ser de hasta 10 años en Dominica, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas; hasta 15 años en Antigua y Barbuda; y cadena perpetua en Guyana (31). La sociedad civil en algunos países ha informado que hay casos de arrestos arbitrarios con la aparente motivación de orientación sexual e identidad de género y que miembros de la comunidad lesbiana, gay, bisexual, trans e intersexual han decidido solicitar asilo en otros países a consecuencia de ello (37).

Por su parte, Bahamas, Cuba, República Dominicana, Santa Lucía y Surinam tienen leyes que penalizan la no divulgación y transmisión del VIH.

En 11 países del Caribe, el trabajo sexual se considera conducta criminal (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago) (14).

Guyana. Guyana Trans United: la organización de las personas trans desafía la discriminación

En febrero de 2009, un grupo de personas trans fue arrestado en la ciudad de Georgetown bajo la ley de la época colonial del país, que convierte en delito que los hombres se vistieran con indumentaria de mujer, y viceversa. Guyana se encuentra entre los diez países de

la región que conservan una legislación que prohíbe las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, es la única nación caribeña con una ley contra el travestismo.

En el año 2010, con el apoyo del Proyecto de Defensa de los Derechos de la Universidad de las Indias Occidentales y la Sociedad contra la Discriminación por Orientación Sexual, cuatro de las personas trans arrestadas lanzaron un desafío constitucional de la ley del siglo XIX. Afirmaron que la ley fue inconcreta, se basó en estereotipos de roles de género y tuvo un impacto desproporcionado en las personas trans.

El arresto de 2009 también condujo a la organización de las personas trans a un nivel sin precedentes. Es así que en la actualidad “Guyana Trans United” está abordando los desafíos de salud, socioeconómicos y de derechos humanos que enfrentan las personas trans en ese país. Junto con el fortalecimiento institucional, sus iniciativas han incluido capacitación laboral, asesoramiento y tutoría.

Han contratado a personal médico calificado para que brinde servicio especializado. Desempeñan un papel importante en el apoyo a los esfuerzos de prevención y tratamiento del Programa Nacional del Sida de Guyana vinculando a las personas con la información necesaria.

La Coordinadora de “Guyana trans United”, Devanand Milton, describió el enfoque personalizado que utilizan para apoyar a las personas trans en el acceso a los servicios: “Conocemos a nuestra comunidad y cómo abordarlos. Los llevamos a pruebas, asesoramientos y prevención más fácilmente que cualquier otra persona. Están cómodos con nosotros. Cuando las personas tienen miedo de ir a la clínica, las acompañamos y las ayudamos a seguir el proceso. El estigma no es tan fuerte si hay dos o tres de nosotros allí”.



Foto: Guyana Trans United protesta en Georgetown, Guyana (SASOD). Fuente: LAC IN FOCUS // Vol. 001 - June 2018

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA.

Estado de situación de los sistemas de información de salud con énfasis en VIH

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe el monitoreo de la prevalencia de VIH y la vigilancia del comportamiento, así como las encuestas para la estimación del tamaño de poblaciones clave es más frecuente. Los programas nacionales contra el Sida han realizado esfuerzos para proporcionar un monitoreo riguroso de la prevalencia del VIH, la cobertura de los programas de prevención y el tratamiento antirretroviral.

Un caso ejemplar es el Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida (SUMEVE) en El Salvador que cuenta con más de una década de implementación y ha permitido integrar la vigilancia con el monitoreo de la respuesta al VIH en particular en servicios de salud. Este sistema ha logrado consolidar información desde la primera prueba diagnóstica hasta el seguimiento a esquemas de tratamiento.

A pesar de ello, se observan oportunidades de mejora en diversas áreas, que hacen suponer que buena parte de los países deberán multiplicar sus esfuerzos para desarrollar sistemas de información estratégica sólidos y confiables que aporten evidencia para una respuesta más eficaz.

Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita

Los sistemas de información para el monitoreo y vigilancia de la transmisión materno-infantil del VIH ha mejorado significativamente en la región en los últimos años. No obstante, sigue siendo un gran desafío la mejora de los sistemas de vigilancia de la sífilis congénita. El subregistro durante el seguimiento de las embarazadas, la falta de uso de las definiciones estandarizadas para la sífilis congénita, sumado a las diferencias nacionales en la definición de los casos que no están en consonancia con las normas internacionales, siguen siendo grandes obstáculos para lograr una adecuada vigilancia de la sífilis congénita (21).

Poblaciones Clave

Si bien la disponibilidad de datos sobre la prevalencia de las poblaciones clave ha mejorado sustancialmente, aún la información es insuficiente especialmente en adolescentes, personas trans, prisioneros y personas que usan sustancias. A su vez, algunos países han invertido en estimaciones del tamaño de las poblaciones clave. La recolección periódica de datos desglosados que consideren a las poblaciones clave sigue siendo limitada, lo cual presenta serios obstáculos para la comprensión de las nuevas infecciones, patrones de transmisión y prevención del VIH en estas poblaciones.

Las investigaciones sobre poblaciones clave siguen siendo insuficientes y la información disponible proviene de estudios comportamentales que son financiados en muchos países con apoyo de recursos internacionales en un tercio de los países, lo cual supone un obstáculo para la recolección y/o actualización de la información por parte de los programas nacionales (24).

Estigma y discriminación

Múltiples actores en la región de América Latina y el Caribe desarrollaron e investigaron indicadores sobre estigma y discriminación y abogaron exitosamente por su inclusión en el informe de Monitoreo Global del Sida a partir del año 2017. El monitoreo de las metas regionales de “Cero Discriminación” es insuficiente en. Sólo nueve países de América Latina y el Caribe han podido reportar sobre actitudes discriminatorias hacia personas con VIH. Únicamente Brasil, Paraguay y Cuba han sido capaces de reportar sobre evitación de los servicios de salud por parte poblaciones clave por causa del estigma y la discriminación.

Financiamiento de la respuesta

Obtener datos adecuados sobre la financiación de la respuesta sigue siendo otro gran reto en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. La institucionalización y el empleo sistemático de metodologías como la Medición del Gasto en Sida (MEGAS) del ONUSIDA, las cuentas nacionales de salud usando la metodología recomendada por la OMS, o metodologías y estudios similares sigue siendo infrecuente. En 2018 y 2019, ONUSIDA patrocinó y facilitó dos talleres sobre la Evaluación nacional del gasto en sida, uno en Lima y otro en El Salvador. Desde entonces, Chile, Argentina, Uruguay y Panamá han llevado a cabo o están en proceso de llevar a cabo estudios NASA que generarán datos muy necesarios para la toma de decisiones programáticas tanto a nivel nacional como regional.

Sostenibilidad de la respuesta a la epidemia de VIH

A través de la Declaración Política sobre el VIH y Sida de 2016 los estados miembros de la ONU se comprometieron a acelerar la respuesta al VIH y a poner fin a la epidemia del Sida como amenaza para la salud pública para 2030. También han reafirmado la necesidad de tener políticas y acciones concretas para cerrar la brecha mundial de recursos para el VIH y financiar en su totalidad la respuesta.

Durante el Tercer Foro de América Latina y el Caribe sobre la sostenibilidad de la respuesta al VIH llevado a cabo en noviembre de 2017 en Haití, los participantes reconocieron que los países que están en transición para dejar de recibir financiamiento de Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y PEPFAR requieren aumentos considerables en los recursos nacionales para garantizar la continuidad y la ampliación de los programas para el VIH y el Sida. También reconocieron que los desafíos de la sostenibilidad trascienden las necesidades financieras y la necesidad específica de que los países desarrollen una perspectiva más multidimensional que incluya abordar las características institucionales y políticas de los sistemas de salud (39).

Muchos países de la región han hecho la transición de ser países de ingresos bajos a ser países de ingresos medios y altos, de acuerdo con el sistema de clasificación del Banco Mundial, lo cual resulta en la inelegibilidad para financiamiento internacional, como el Fondo Mundial y PEPFAR, que tradicionalmente han apoyado principalmente actividades de la sociedad civil para poblaciones clave. La sociedad civil tiene una función trascendental para garantizar que la respuesta al VIH sea más eficaz en las poblaciones clave. América Latina y el Caribe tienen la ventaja de contar con fuertes redes de la sociedad civil las cuales requerirán del apoyo sostenido con fondos nacionales o el fortalecimiento de la contratación social. La presencia y la importancia de las agencias internacionales en la región han sido heterogéneas en su apoyo a los programas nacionales para el VIH. Esto implica que los países con mayor dependencia requieren aumentos considerables en los recursos nacionales a través de estrategias de transición a corto, medio y largo plazo para garantizar la continuidad y la ampliación de los programas para el VIH y el Sida.

La reducción de costos de los medicamentos es también fundamental para la sostenibilidad; así como la superación de las barreras de propiedad intelectual y las barreras comerciales, por tanto, son varios los países que han comenzado la exploración o ya están implementando mecanismos que permitan garantizar precios justos y accesibles de medicamentos e insumos de calidad para ampliar la cobertura de tratamiento en forma sostenible.

Actualmente, los países y varias organizaciones regionales revisan los procesos de licitación y de compra diversificando proveedores a fin de reducir los costos del tratamiento de VIH; no obstante, no todos los países cuentan con los compromisos políticos necesarios para hacerlo y esto genera diferencias notorias entre ambas subregiones.

América Latina

En 2018, los países de América Latina utilizaron recursos nacionales para financiar el 95% del de la respuesta al VIH de la región. La disponibilidad de recursos financieros para las respuestas al VIH en la región ha aumentado en un 50% desde 2010, principalmente debido a un aumento del 55% en los recursos públicos nacionales, que representaron US\$ 2.4 mil millones en 2018 (dólares estadounidenses constantes de 2016). Durante el mismo período, las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos de América disminuyeron en un 62% y las contribuciones del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) disminuyeron en un 44%. Las contribuciones de todos los demás donantes aumentaron en un 47%.

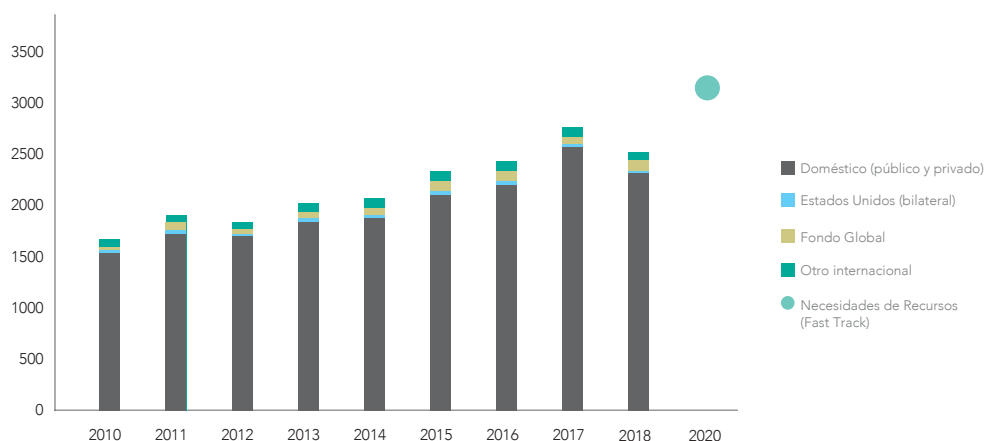
La financiación de todas las fuentes disminuyó en 2018 en comparación con 2017. Los recursos internos disminuyeron en un 7%, y la financiación internacional disminuyó en un 8% en general: las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos disminuyeron en un 56%, las contribuciones del Fondo Mundial disminuyeron en un 42% y las contribuciones de todas las demás fuentes internacionales disminuyeron en un 10%, por un total de US \$ 124 millones (dólares estadounidenses constantes de 2016). La brecha de financiación para alcanzar el objetivo 2020 fue de US\$ 660 millones en 2018.

Es necesario desarrollar estrategias de movilización de recursos, reducciones de precios de productos básicos, mejor asignación de recursos y otras ganancias de eficiencia, así como una mayor inversión en poblaciones clave y facilitadores sociales en la región. Los países que aún dependen en gran medida de los fondos de los donantes deben desarrollar e implementar planes para una transición hacia respuestas al VIH sostenibles y de recursos nacionales.

Brasil y Ecuador han emitido licencias obligatorias para medicamentos antirretrovirales resultando en la obtención de mejores precios para los medicamentos antirretrovirales. (41,42). Sin embargo, la mayor parte de los países de la región no pueden comprar medicamentos antirretrovirales de los fabricantes de genéricos debido a las leyes de patentes y por lo tanto tienen problemas para acceder a mejores precios. Lecciones de la región muestran la importancia de una gestión pública orientada a los derechos de propiedad intelectual que garantice la sostenibilidad del acceso a los programas de tratamiento antirretroviral haciendo uso de las flexibilidades previstas en la Organización Mundial del Comercio.

Figura 6.

Recursos disponibles y necesidad de recursos en América Latina, 2010–2018



Source: UNAIDS 2019 resource availability and needs estimates

EN AMÉRICA LATINA,
LE BRECHA DE
FINANCIAMIENTO
PARA PARA
ALCANZAR LOS
OBJETIVOS DE
“FAST-TRACK” DEL
2020 ES DE US\$660
MILLONES

El Caribe

Los recursos financieros disponibles para las respuestas al VIH en el Caribe han fluctuado con el tiempo, alcanzando el mismo nivel en 2018 que en 2010 (dólares estadounidenses constantes de 2016). En total, US\$ 326 millones estaban disponibles para los programas de VIH del Caribe en 2018, considerablemente menos de los US\$ 600 millones necesarios para alcanzar sus metas “Fast-Track” del 2020.

La disponibilidad de recursos domésticos para la respuesta al VIH aumentó en un 69% durante el periodo 2010-2018, alcanzando el 27% de los recursos totales para el VIH en la región. Los donantes internacionales disminuyeron su participación del 84% en 2010 al 73% en 2018: durante ese período, las contribuciones bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos de América aumentaron en un 13%, mientras que los desembolsos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y todas las demás fuentes internacionales disminuyeron un 32% y un 91%, respectivamente.

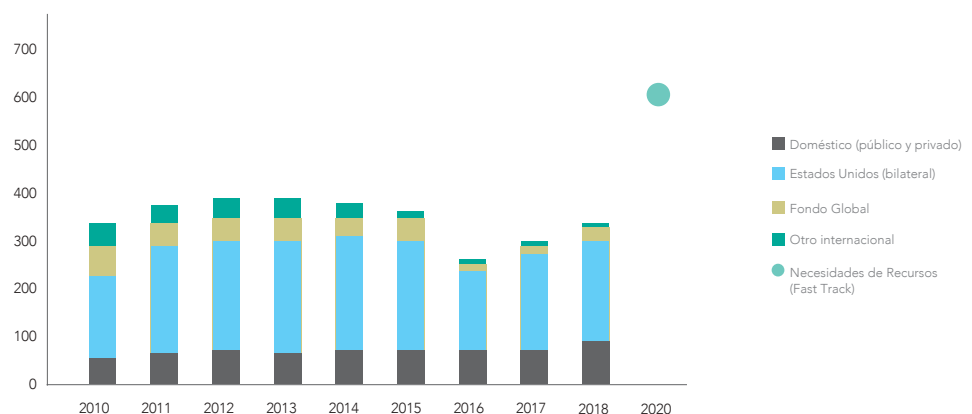
El financiamiento total para la región aumentó en un 13% en 2018 en comparación con 2017. Los recursos internos aumentaron en un 8%, los fondos bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos aumentaron en un 9% (alcanzando el 60% de todos los fondos para la región) y el Fondo Mundial Las contribuciones aumentaron en un 63% (alcanzando el 12% del total). Todas las demás fuentes internacionales disminuyeron en un 10% y representaron solo el 1% de los recursos totales de VIH en 2018.

Si bien existe un amplio reconocimiento de la necesidad de aumentar la financiación interna, el margen para hacerlo es estrecho en una región con muchos estados insulares en desarrollo y con un considerable estrés económico y con dificultades para el involucramiento político en la respuesta. A pesar de esto, algunos países del Caribe ya están aprovechando las ventajas de explorar e innovar en los procesos de licitación y compra, diversificando proveedores, entre otras acciones. Un ejemplo de esto es el Esquema de Adquisiciones Farmacéuticas de la Organización de Estados del Caribe Oriental, que agrupa la adquisición y la gestión de productos farmacéuticos y suministros médicos para aumentar el poder de negociación de sus estados miembros y lograr reducir los costos.

Varios países en la región, incluyendo a Guyana, ha trabajado con ONUSIDA y otros asociados para desarrollar planes de transición y sostenibilidad, usando el Modelo de Necesidad de Recursos.

Figura 7.

Recursos disponibles y necesidad de recursos en el Caribe, 2010–2018



Source: UNAIDS 2019 resource availability and needs estimates

República Dominicana. Sostenibilidad de la Respuesta: financiamiento del costo total de antirretrovirales

Entre 2004 y 2012, la compra de los antirretrovirales, pruebas rápidas, reactivos de laboratorios y otros insumos, fue inicialmente financiada a través de los proyectos del Fondo Mundial. Para cubrir los desabastecimientos frecuentes y recurrentes El Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para la Lucha contra el Sida (PEPFAR), a través de la misión local de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), asignó cantidades limitadas de recursos.

En el año 2012, por primera vez se llevó a cabo el ejercicio de Estimaciones y Proyecciones de Necesidades con el apoyo del MSP, el SNS y CONAVIHSIDA y con la asistencia técnica de la USAID. El costo de ARV y otros insumos fue estimado en US\$ 6.1 millones; de estos, el Fondo Mundial aportaría USD\$3.6 millones equivalente al 59%, quedando una brecha financiera de US\$ 2.5 millones (41% de las necesidades). Esta brecha se identificó y fue conocida por todas las instituciones involucradas. Durante ese año, se establecieron estrategias políticas y de abogacía con las autoridades nacionales, ONGs y agencias internacionales, con el objetivo de movilizar recursos nacionales para cerrar la brecha. Esto incluyó:

- ▶ Presentación de los resultados de las Estimaciones y Proyecciones a entidades gubernamentales y agencias con el objetivo de validar los datos y esCuadrocer estrategias para cerrar la brecha financiera.
- ▶ Análisis más extensos sobre el costo de ARV y otros insumos y los tiempos de entrega de distintos suplidores internacionales.
- ▶ Se identificó y autorizó el cambio de agente de compra y se firmó con PFSCM. Esto resultó en una reducción en el precio de ARV obteniéndose un excedente presupuestal de US\$ 975 000.

Resultados

La República Dominicana creó un grupo técnico de trabajo sobre ARV que supervisa el proceso de estimaciones y costeo cada año; a través del cual se desarrollan análisis sistemático de la brecha financiera en la respuesta al VIH. Los datos se presentan y discuten, realizándose una combinación de esfuerzos de actividades de abogacía por el Consejo Nacional para el VIH y Sida y el MSP temprano en el proceso presupuestal con el fin de asegurar la inclusión de las necesidades de VIH en el presupuesto nacional. En ese mismo orden, se cuenta

con un sistema fuerte integrado de logística que provee información de los consumos y disponibilidad de los productos todos los meses y a todos los niveles (Central, regional y en los servicios), el cual publica boletines trimestrales para tomadores de decisiones en la disponibilidad de medicamentos ARV, para TB y otros medicamentos esenciales en los puntos de entrega.

Como resultado de todos estos esfuerzos, durante el año 2013, el MSP presupuestó por primera vez, US\$ 1.9 millones para la compra de ARV, cerrándose la brecha financiera identificada. Desde el 2015, el gobierno ha sido el único responsable de la adquisición y provisión del ARV, lo que demuestra que la transferencia gradual de la responsabilidad financiera es posible.

Fuentes: Ministerio de Salud. Informe de País: Análisis de la Preparación para la Transición, 2017

Nota: Los hallazgos y conclusiones de este caso ejemplar son responsabilidad de los informantes / autores y no representan necesariamente la posición oficial de ONUSIDA

Migración en América Latina y El Caribe

América Latina y el Caribe está experimentando la mayor movilización de personas en su historia. Se estima que el 5.8% de la población total en la región es migrante actualmente.

Si bien la migración no es un factor de riesgo directo para el VIH, las poblaciones migrantes enfrentan condiciones que los ponen en riesgo de contraer el VIH. Los migrantes pueden ser separados de sus parejas y familias, enfrentar barreras lingüísticas, carecer de una vivienda adecuada y ser forzados a entornos de trabajos abusivos. Los migrantes raramente tienen los mismos derechos laborales que los ciudadanos del país en el que se encuentran, y por lo tanto, no tienen los mismos niveles de seguridad laboral.

El VIH tiene impacto no solo en la salud de las personas, sino también en la dinámica social y los sistemas de salud en general. La negligencia en la implementación de una respuesta integrada al VIH tiene muchas consecuencias, incluido un aumento en los nuevos casos de VIH y en las infecciones oportunistas, la transmisión de madre a hijo, la resistencia a los medicamentos antirretrovirales y el aumento en el número de huérfanos a causa del Sida; todo lo cual implica un mayor costo para los sistemas de salud. El aumento del estigma y la discriminación tiene como consecuencia mayor vulnerabilidad a la explotación sexual, la trata de personas, la explotación laboral y la violencia de género, especialmente contra las mujeres que viven con el VIH, las mujeres trans, los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica en América Latina no han sido suficientes para satisfacer las necesidades de datos necesarios para la programación basada en evidencia. La mayoría de los países no están generando datos sobre las condiciones de salud de los migrantes y refugiados. Además, el alto nivel de movilidad de los migrantes y refugiados inhibe su acceso a los servicios de salud y medicinas, contribuyendo aún más a la dificultad de capturar datos específicos de estas poblaciones.

Los presupuestos nacionales de los países receptores de una gran afluencia de refugiados y migrantes no han sido preparados para garantizar la sostenibilidad de los servicios públicos dirigidos a migrantes a nivel nacional o local. Las comunidades receptoras sufren tensión en los servicios públicos, la vivienda y el empleo, lo que contribuye a tensiones entre la población.

América Central y El Caribe

México y los países del norte de Centroamérica (El Salvador, Guatemala y Honduras) tienen una larga historia de migración. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, más de 15 millones de personas nacidas en dichos países viven en el extranjero y se estima que a finales del 2018, hay más de 353,000 personas refugiadas o solicitantes de asilo provenientes de estos tres países.

Se estima que un 22% de la población de El Salvador ha emigrado, un 9% de México, un 7% de Honduras y un 6% de Guatemala han emigrado a otros países, principalmente a México y los Estados Unidos de América.

A lo largo de 2018, grupos de migrantes de El Salvador y Honduras formaron grandes grupos para hacer el viaje hacia el norte a México y los Estados Unidos de América. Si bien existen numerosas razones para la extensa migración desde El Salvador, Guatemala y Honduras, la mayoría de los migrantes informan que huyen de sus países para escapar de la violencia y persecución, así como la falta de empleo que provoca dificultades económicas e inseguridad alimentaria.

Los migrantes que viajan hacia el norte desde América Central corren un riesgo significativo de extorsión, robo y abuso, y son reacios a denunciar crímenes contra ellos debido a la desconfianza de las autoridades. Algunos migrantes desaparecen durante el viaje. Las mujeres y niñas jóvenes corren un riesgo particularmente alto de ser víctimas de violencia sexual durante el viaje. Un estudio realizado en el año 2016 informó que 7 de cada 10 mujeres experimentaron abuso sexual en el viaje por México rumbo al norte (45).

Los migrantes de América Central suelen cruzar países rápidamente, lo que dificulta la recopilación de información precisa sobre el número de personas que pasan por dichos países y que reciben servicios públicos. La mayoría de los migrantes son reacios a buscar servicios, por lo tanto, la detección de personas con necesidades específicas, como la atención del VIH, es un desafío importante.

El Salvador

El Ministerio de Salud de El Salvador ha desarrollado una estrategia para atender las necesidades de los migrantes y los ciudadanos repatriados que viven con VIH. La estrategia gira en torno a la creación de lugares seguros donde las personas puedan recibir información sobre sus derechos y recibir atención médica según sea necesario.

El Programa Nacional contra el Sida trabaja en 12 sitios en todo el país, incluidos aeropuertos, cruces fronterizos y el puerto de La Libertad para identificar a los migrantes que viven con VIH que regresan. Además, brinda capacitación a los empleados de la Oficina Nacional de Migración sobre el cuidado y la protección de los migrantes viviendo con VIH que regresan, profilaxis posterior a la exposición y apoyo psicosocial a los migrantes.

En 2018, los migrantes que regresaron y revelaron su estado de VIH fueron vinculados de inmediato a cualquiera de los 20 hospitales del Ministerio de Salud en el país. El 100% de los 129 migrantes viviendo con VIH que regresaron recibieron evaluación médica y atención inmediata para cualquier necesidad urgente de salud, y fueron remitidos a alguno de los 20 hospitales del Ministerio de Salud que ofrecen atención descentralizada del VIH. Un total de 85 de 129 migrantes viviendo con VIH que regresaron recibieron pruebas de carga viral y CD4 y medicamentos antirretrovirales. 47 de estas 85 aún están en tratamiento y 41 han logrado la supresión viral (46).

Haití

En la República Dominicana viven alrededor de 497,825 migrantes Haitianos, representando el 4.9% de la población total en dicho país. Entre los años 2012 y 2017 hubo un aumento de 30,592 migrantes Haitianos a República Dominicana. El 57.7% de los migrantes Haitianos en el país identificó que el motivo de viaje fue el desempleo.

En 2015, el Gobierno de la República Dominicana lanzó el Plan de Regularización, que dictó la anulación de la ciudadanía de las personas nacidas de padres inmigrantes sin residencia legal entre 1929 y 2007. Después de muchas críticas internacionales, el gobierno aprobó una ley que reconoce la nacionalidad de aquellas personas que previamente estaban documentadas en el registro civil. Según la encuesta de migración más reciente, se estima que 203,547 Haitianos nacidos en la República Dominicana solicitaron la naturalización, de los cuales 196,124 fueron aceptados.

Del total de los migrantes Haitianos en la República Dominicana, el 95% no cuenta con seguro médico de salud. Hasta 2017, un estimado de 25 000 Haitianos vivían con VIH en la República Dominicana. La prevalencia de VIH estimada para esta población en el año 2018 fue de 4%. En el mismo año, un estimado de 55% de nuevas infecciones por VIH en la República Dominicana ocurrieron en migrantes Haitianos. Preocupantemente, menos del 20% de los migrantes Haitianos que viven con VIH reciben terapia antirretroviral.

La situación migratoria en Venezuela

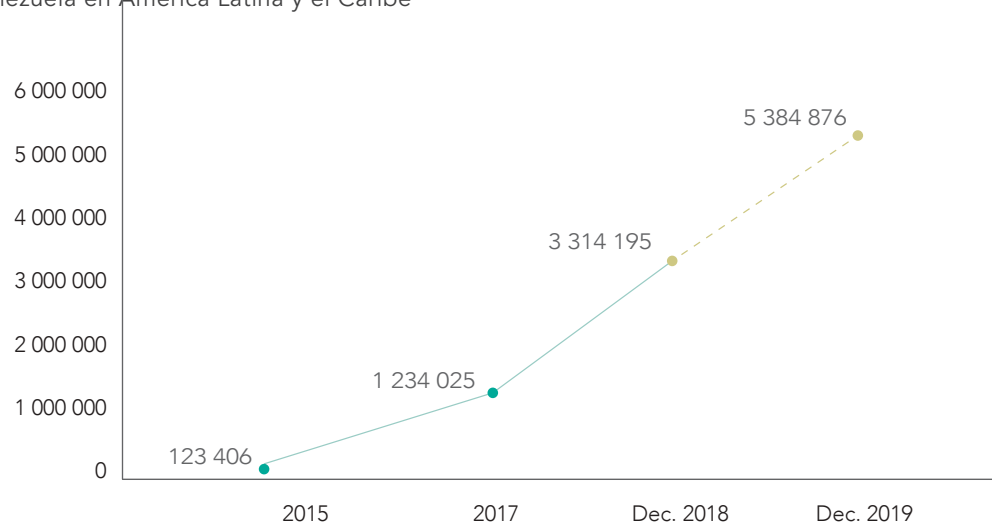
La respuesta regional inicial demostró un alto grado de solidaridad y la mayoría de los países receptores de migrantes venezolanos han mantenido una política de fronteras abiertas, habilitando programas e iniciativas de atención para refugiados venezolanos. Sin embargo, en muchos de estos países el flujo de personas ha superado las capacidades nacionales, lo que impide una respuesta oportuna y eficiente. Actualmente, un número significativo de venezolanos permanece sin documentación o derechos de residir, incluidos aquellos que no pueden solicitar asilo debido a procedimientos burocráticos. En muchos casos, la falta de documentación restringe el acceso a servicios legales y otros servicios básicos, poniendo a estos migrantes en mayor riesgo de explotación, abuso, trata de personas, discriminación y xenofobia.

El colapso del sistema de atención médica en la República Bolivariana de Venezuela es la principal motivación para la migración de las personas que viven con el VIH debido a la gran falta de existencias de tratamientos antirretrovirales y medicamentos para infecciones oportunistas. Además, muchas personas que viven con el VIH son miembros de las comunidades LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales) y experimentan un gran estigma y discriminación, lo que los convierte en uno de los grupos más vulnerables en el contexto de migración forzada.

UN ESTIMADO DE
40 000
VENEZOLANOS
RESIDEN
ACTUALMENTE EN
TRINIDAD Y TOBAGO,
36 400 EN GUYANA Y
28 500 EN REPÚBLICA
DOMINICANA

Figura 8.

Refugiados y migrantes de Venezuela en América Latina y el Caribe



Source: UNAIDS resource availability and needs estimates

“...nosotros no salimos porque quisimos. Yo digo que yo no salí, yo me escapé. Y me escapé porque quería vivir y aquí todos estamos porque queremos vivir.” (Grupo focal 2)

El doctor habló con él con franqueza: “Si desea vivir, debe salir de Venezuela” (48).



Para acceder a una tarjeta de inmigración en Perú, un migrante con VIH debe obtener una cita en un hospital público, obtener un informe médico que verifique su estado VIH positivo y presentar el informe a las autoridades de inmigración. El informe médico es entonces validado por el Programa Nacional de Sida. La duración del proceso es indeterminada y depende

de la eficiencia de las instituciones responsables de cada paso. Además, la solicitud cuesta aproximadamente \$15.00, que muchos migrantes no tienen. (49)

En algunos países, incluyendo Brasil, Ecuador y Perú, los migrantes venezolanos pueden acceder a los servicios públicos, incluida la educación y la atención médica. Sin embargo, la captura de información sobre migrantes con VIH en los sistemas de información de salud es un desafío importante. En muchos países, el registro de casos y los formularios de admisión clínica no requieren documentación del estatus migratorio o del país de origen, aunque Chile, Colombia y Perú tienen la capacidad de hacerlo.

En Colombia, el Ministerio de Salud reportó 109 casos de VIH en migrantes venezolanos en 2018, frente a 28 en el 2017. El número de muertes relacionadas con el VIH entre migrantes venezolanos que vivían con VIH aumentó de 20 en 2017 a 82 en 2018 (52).

En Perú, el Programa Nacional contra el Sida registró a 1,338 migrantes venezolanos en terapia antirretroviral en 2018, de los cuales el 90% se encuentra en la ciudad capital de Lima (49).

Caribe

En marzo de 2019, el Ministerio de Salud de Trinidad y Tobago anunció una política de atención médica, incluido el tratamiento del VIH, independientemente del país de origen del paciente. A mediados de 2019, Trinidad y Tobago lanzó un ejercicio que autoriza a los migrantes venezolanos registrados a trabajar legalmente durante un año. Sin embargo, solo 16,523 venezolanos se registraron durante este proceso.

Según una revisión documental de la Asociación Pancaribeña contra el VIH/Sida (PANCAP) 2019 sobre el acceso a la salud de los migrantes en la región, se reportan casos de discriminación y barreras a los servicios de VIH en todos los países. En casos aislados, a los no nacionales se les ha negado el tratamiento y las tarifas de los usuarios en algunos países son una barrera para algunos.

Muchos migrantes temen presentarse a los servicios o desconocen dónde y cómo acceder a ellos. Una encuesta de la Organización Internacional de Migración sobre migrantes venezolanos en Trinidad y Tobago, publicada en septiembre de 2018

encontró que el 35% de las personas que requieren servicios de salud no tenían acceso a los mismos. Las principales barreras eran el desconocimiento de dónde ir (32%), miedo a la discriminación (19%) y la negación de los servicios (13%).

Las barreras de lenguaje presentan un desafío adicional para la prestación de servicios a los migrantes. Algunos países han hecho algunos esfuerzos para abordar las brechas. Antigua y Barbuda utiliza un cuadro de proveedores de atención médica de habla hispana para garantizar que los pacientes migrantes reciban un tratamiento y atención de calidad en su idioma nativo. En las Bahamas hay traductores y materiales educativos disponibles en Haitiano criollo.

Sin embargo, el acceso inadecuado a los servicios en los idiomas nativos de los migrantes continúa. También es necesaria información sobre prevención más relevante culturalmente, recursos de adherencia al tratamiento y comunicación de cambio de comportamiento en los idiomas apropiados para la región.

Recomendaciones: mensajes claves

- ▶ Los países que aún no han aprovechado todo el potencial de la iniciativa de “Fast-Track” en las ciudades deben comprender que existen oportunidades reales si los países y las ciudades se apoderan de las ventajas del enfoque urbano de la epidemia y realizan estrategias locales y multisectoriales innovadoras aprovechando la potencialidad de los actores (organizaciones locales y nacionales).
- ▶ Se ha avanzado en mejorar el acceso a la prueba del VIH y más personas con VIH conocen su estado serológico. Sin embargo, las limitantes en los grupos de población clave siguen presentes. Además, continúa siendo alto el porcentaje de personas con VIH que reciben un diagnóstico tardío. Se deben continuar ampliando las medidas para aumentar la oferta de la prueba del VIH enfocada hacia los grupos de población clave incluyendo a los jóvenes de 15 a 25 años.
- ▶ La eliminación de la transmisión maternoinfantil debe ser priorizado en la agenda política de la región.
- ▶ El uso del condón masculino y femenino y lubricantes es una medida crucial a la hora de implementar un enfoque integral, eficaz y sostenible de prevención del VIH y se debe continuar priorizando su promoción especialmente en los grupos de poblaciones clave.
- ▶ Disminuir las nuevas infecciones en los jóvenes requiere reducir la edad a la que los adolescentes pueden realizarse la prueba del VIH de forma autónoma y atender las necesidades de los grupos clave de población joven mediante un enfoque integral específico.
- ▶ A pesar de las claras recomendaciones de la OMS basadas en la evidencia, inclusive con aportes significativos de investigaciones en América Latina y el Caribe sobre intervenciones como pruebas autoadministradas, PrEP y PEP, la adopción en las políticas públicas de estas nuevas herramientas de la prevención combinada es lenta. Se necesita en forma urgente un mayor compromiso político, capacitación, colaboración y asociación de las instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil a fin de acelerar la ampliación de la prevención combinada dirigida a los grupos de población clave.
- ▶ La eliminación de la discriminación, el estigma y la violencia hacia las personas con VIH en general y hacia los grupos de población clave en especial, es un imperativo para fortalecer la respuesta regional a la epidemia de Sida. Por tanto, se requiere intensificar los esfuerzos para la creación de marcos legales que propicien la protección y el empoderamiento de estos grupos. Sin un cambio en las leyes discriminatorias, estos grupos de población clave seguirán rezagados.
- ▶ Alcanzar un adecuado monitoreo de las metas de prevención combinada del VIH y de “cero discriminación”, supone un fortalecimiento de los sistemas de información estratégica nacionales.

- ▶ Reducir la dependencia de factores externos de financiación imperante en la región requiere de nuevos enfoques de movilización de recursos, mejoras en la asignación y el seguimiento de los recursos del VIH, y realizar proyecciones de costos para la inversión estratégica de recursos. Asimismo, implica difundir y monitorear el progreso hacia el llamado a la acción del Foro LAC III sobre Sostenibilidad de la Respuesta al VIH.
- ▶ La plena participación de las personas con VIH y de los grupos de población clave es una condición indispensable para lograr los objetivos de Acción Acelerada y asegurar la sostenibilidad de la respuesta al VIH. Esto significa que 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

Anexos

Anexo 1. Progreso hacia las metas 90-90-90

Cuadro 1.

Progreso 90 90 90 América Latina, 2016 - 2018

País	2016			2017			2018		
	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90
Argentina	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Bolivia	... [... - ...]	... [... - ...]	70 [63 - 77]	... [... - ...]	... [... - ...]	69 [62 - 76]	... [... - ...]	... [... - ...]	74 [67 - 81]
Brasil	83 [64 - >95]	72 [55 - 89]	91 [70 - >95]	84 [65 - >95]	75 [58 - 93]	92 [71 - >95]	85 [66 - >95]	77 [60 - >95]	94 [72 - >95]
Chile	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Colombia	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Costa Rica	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Ecuador	55 [37 - 90]	80 [54 - >95]	... [... - ...]	67 [45 - >95]	76 [50 - >95]	... [... - ...]	76 [51 - >95]	75 [50 - >95]	89 [59 - >95]
El Salvador	64 [52 - 76]	69 [56 - 82]	80 [65 - 95]	69 [56 - 81]	66 [54 - 78]	83 [68 - >95]	74 [61 - 87]	63 [52 - 73]	85 [70 - >95]
Guatemala	58 [54 - 63]	64 [59 - 70]	83 [76 - 90]	61 [56 - 66]	62 [57 - 68]	83 [76 - 90]	62 [57 - 68]	69 [64 - 75]	80 [74 - 87]
Honduras	56 [45 - 68]	83 [67 - >95]	84 [68 - >95]	59 [47 - 71]	85 [68 - >95]	82 [66 - >95]	60 [47 - 72]	85 [67 - >95]	83 [66 - >95]
México	64 [55 - 74]	93 [81 - >95]	83 [72 - >95]	66 [57 - 75]	94 [81 - >95]	82 [71 - 94]	76 [65 - 86]	93 [79 - >95]	89 [76 - >95]
Nicaragua	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	74 [60 - >95]
Panamá	65 [58 - 71]	72 [65 - 79]	... [... - ...]	68 [61 - 74]	76 [68 - 83]	... [... - ...]	70 [64 - 77]	76 [69 - 84]	76 [68 - 83]
Paraguay	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	76 [58 - >95]	71 [54 - >95]	57 [44 - 82]	79 [61 - >95]
Perú	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Uruguay	76 [57 - >95]	65 [49 - 84]	71 [53 - 92]	79 [57 - >95]	66 [48 - 85]	81 [58 - >95]	82 [58 - >95]	70 [49 - 92]	86 [61 - >95]
Venezuela	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 2.

Progreso 90 90 90 América Latina, 2016 - 2019

País	2016			2017			2018		
	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90	Primer 90	Segundo 90	Tercer 90
Antigua y Barbuda							... [... - ...]	... [... - ...]	44 [41 - 48]
Bahamas	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]
Barbados	71 [63 - 80]	58 [51 - 65]	... [... - ...]	70 [61 - 78]	65 [57 - 73]	80 [71 - 90]	... [... - ...]	... [... - ...]	88 [77 - >95]
Belice	52 [48 - 58]	52 [47 - 57]	59 [53 - 65]	53 [48 - 58]	51 [46 - 56]	... [... - ...]	49 [44 - 53]	58 [53 - 64]	65 [59 - 71]
Cuba	77 [59 - 92]	80 [61 - >95]	... [... - ...]	80 [61 - >95]	83 [64 - >95]	65 [50 - 78]	83 [64 - >95]	86 [66 - >95]	67 [52 - 80]
Dominica	... [... - ...]	... [... - ...]		... [... - ...]	... [... - ...]	46 [40 - 53]	... [... - ...]	... [... - ...]	55 [47 - 63]
República Dominicana	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	74 [58 - 94]	68 [53 - 86]	63 [49 - 80]	82 [64 - >95]	68 [52 - 89]	67 [52 - 88]
Granada									12 [10 - 14]
Guyana	84 [76 - 95]	73 [66 - 82]	82 [73 - 92]	88 [78 - >95]	74 [66 - 84]	82 [73 - 94]	93 [82 - >95]	73 [64 - 84]	81 [71 - 92]
Haití	63 [58 - 70]	87 [79 - >95]	... [... - ...]	66 [60 - 74]	93 [84 - >95]	... [... - ...]	67 [60 - 75]	86 [78 - >95]	... [... - ...]
Jamaica	63 [54 - 71]	45 [39 - 52]	... [... - ...]	64 [56 - 73]	47 [41 - 53]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	80 [70 - 91]
San Cristóbal y Nieves	... [... - ...]	... [... - ...]	57 [50 - 64]	... [... - ...]	... [... - ...]	54 [47 - 62]	... [... - ...]	... [... - ...]	60 [52 - 69]
Santa Lucía	... [... - ...]	... [... - ...]	28 [25 - 32]	... [... - ...]	... [... - ...]	15 [13 - 17]	... [... - ...]	... [... - ...]	35 [31 - 40]
San Vicente y las Granadinas	74 [64 - 83]	47 [41 - 53]	78 [67 - 87]	72 [62 - 81]	49 [43 - 55]	83 [72 - 94]	70 [60 - 79]	47 [41 - 53]	81 [70 - 92]
Surinam	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	60 [40 - 86]	87 [58 - >95]	87 [58 - >95]
Trinidad y Tobago	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]	... [... - ...]

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Anexo 2. Prevención de transmisión materno-infantil

Cuadro 3.

Diagnóstico infantil temprano, América Latina, 2018

País	(%)
Argentina	71 [65 – 80]
Chile	81 [74 – 90]
Colombia	31 [26 – 37]
Guatemala	24 [22 – 26]
Honduras	45 [36 – 54]
Nicaragua	77 [60 – >95]
Panamá	90 [82 – >95]
Paraguay	60 [40 – 88]
Perú	82 [62 – >95]
Uruguay	75 [56 – >95]

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 5.

Diagnóstico infantil temprano, Caribe, 2018

País	(%)
Bahamas	59 [53 - 68]
Cuba	>95 [>95->95]
Granada	>95 [>95 - >95]
Guyana	61 [47 - 81]
Haití	46 [40 - 57]
Honduras	45 [36 - 54]
República Dominicana	68 [52 - 89]
Santa Lucía	71 [63 - 71]

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 4.

Cobertura ARV en embarazadas en AL, año 2018

País	Cobertura de Terapia Antirretroviral (%)
Argentina	>95 [85 – >95]
Bolivia (Plurinational State of)	>95 [>95 – >95]
Chile	>95 [>95 – >95]
Colombia	21 [17 – 25]
Ecuador	>95 [68 – >95]
El Salvador	40 [33 – 46]
Guatemala	34 [31 – 38]
Honduras	59 [48 – 72]
Nicaragua	90 [73 – >95]
Panamá	92 [83 – >95]
Paraguay	88 [60 – >95]
Perú	85 [67 – >95]
Uruguay	>95 [71 – >95]

Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

Cuadro 6.

Cobertura ARV en embarazadas en el Caribe, año 2018

País	Cobertura de Terapia Antirretroviral (%)
Belice	44 [39 – 49]
Cuba	>95 [86 – >95]
Granada	>95 [>95 – >95]
Guyana	89 [67 – >95]
Haití	83 [67 – >95]
Jamaica	>95 [>95 – >95]
República Dominicana	84 [64 – >95]
Surinam	>95 [84 – >95]

Fuente: ONUSIDA, Estimaciones 2019

Anexo 3. Poblaciones clave

Cuadro 7.

Estimación de tamaño de poblaciones clave hasta 2018, Latina America

País	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo	Personas trans
Argentina	206 000	74 900	5 400
Bolivia	30 300	13 500	900
Brasil	2 000 000	1 400 000	
Colombia	577 000	244 400	24 000
Costa Rica	10 100	3 000	400
Ecuador	47 400	34 400	12 200
El Salvador	54 100	45 000	1 800
Guatemala	55 200	21 300	4 800
Honduras	40 900	22 800	2 700
México	1 200 000	241 000	118 900
Nicaragua	34 100	14 800	6 500
Panamá	28 900	8 300	3 100
Paraguay	15 900	5 200	700
Perú	252 000	67 800	33 900
Uruguay	25 300	6 900	1 600

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 8.

Estimación de tamaño de poblaciones clave hasta 2018, Caribe

País	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo	Peronas trans
Bahamas	2 800		
Barbados	2 600		
Cuba	279 200	82 500	3 500
Dominica	500		
Granada	2 400	1 000	
Guyana	3 300	5 300	
Haití	30 900	70 300	
Jamaica	42 400	18 700	3 800
República Dominicana	132 000	97 800	9 400
St Lucia	3 000	1 700	300
St Vincent and the Grenadines	300	200	
Surinam	1 300	2 200	

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 9.

Prevalencia de VIH en poblaciones clave en América Latina, año más reciente disponible (2011-2018)

País	Población general 15–49	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo	Personas trans	Hombres gay y otros HSH
Argentina	0.4	15.7	5.4		
Bolivia (Plurinational State of)	0.3	25.4	4.3	22.6	
Brasil	0.5	18.3	5.3	30.0	5.9
Chile	0.5	13.9	0		
Colombia	0.4	17.0	1.2	21.4	2.8
Costa Rica	0.4	15.4	1.4	24.6	
Ecuador	0.4	16.5		34.8	
El Salvador	0.6	12.0	2.2	15.3	
Guatemala	0.4	9.0	1.0	22.2	1.6
Honduras	0.3	8.4	2.0	8.2	
México	0.2	12.6	1.0	8.7	4.3
Nicaragua	0.2	8.6	2.6	8.1	
Panamá	1.0	6.7	.6	29.6	
Paraguay	0.5	20.7	1.3	23.0	
Perú	0.3	3.0	.7	2.3	
Uruguay	0.6	8.5	1.0		

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 10.

Prevalencia de VIH en poblaciones clave en el Caribe, año más reciente disponible (2011-2018)

País	Poblacion general 15-49 %	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo	Peronas trans	People who use drugs (%)
Antigua y Barbuda	1.1		0.5		
Bahamas	1.8	19.6			
Barbados	1.5	2.8	0		
Belice	1.9	13.9	0.9		
Cuba	0.4	1.1	.8	3.1	
Dominica	0.5				
República Dominicana	0.9	4.0	4.2	27.7	
Granada	0.5	1.7			
Guyana		4.9	6.1	8.4	
Haití	2.0	12.9	8.7		
Jamaica		29.8	2.0	51.0	
St Kitts and Nevis	0.5	1.3			
St Vincent and the Grenadines	1.5	29.6	.6		
Surinam	1.4	16.6	10.3		
Trinidad y Tobago		26.6			

Fuente: ONUSIDA Estimaciones 2019

Cuadro 11.

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS) y mujeres trans que conocen su status en America Latina, año más reciente disponible.

País	Poblacion general 15–49	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo
Brasil	73	52	77
Chile	62	58	
Colombia	26	91	43
Costa Rica	100	100	
Ecuador	56		60
El Salvador	77	90	74
Guatemala	78	86	92
México	40	66	62
Nicaragua	99	83	94
Panamá	99	97	96
Paraguay	80	79	87
Perú		29	

Source: UNAIDS Global AIDS Report, 2018.

Cuadro 12.

Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales y mujeres trans que conocen su status en el Caribe, año más reciente disponible.

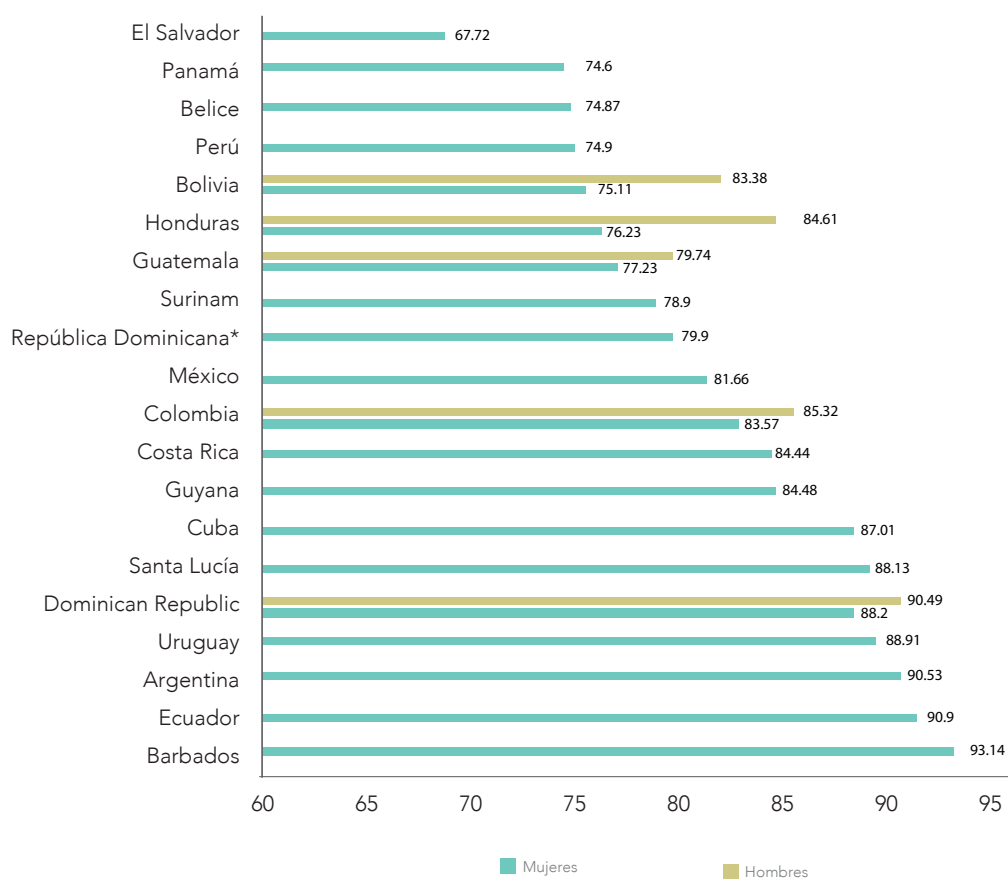
País	Poblacion general 15-49	Hombres gay y otros HSH	Trabajadoras del sexo
Barbados	46	39	
Belice	44	62	
República Dominicana	63	91	83
Haití	70		
Jamaica	88	93	
San Vicente y Las Granadinas	55		
Surinam	98	51	

Source: UNAIDS Global AIDS Report, 2018.

Anexo 4. Conocimiento del concón como método de prevención del VIH

Figura 1.

Porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años*) que identifican que el uso de condón reduce el riesgo de transmisión de VIH en ALC, por país y sexo

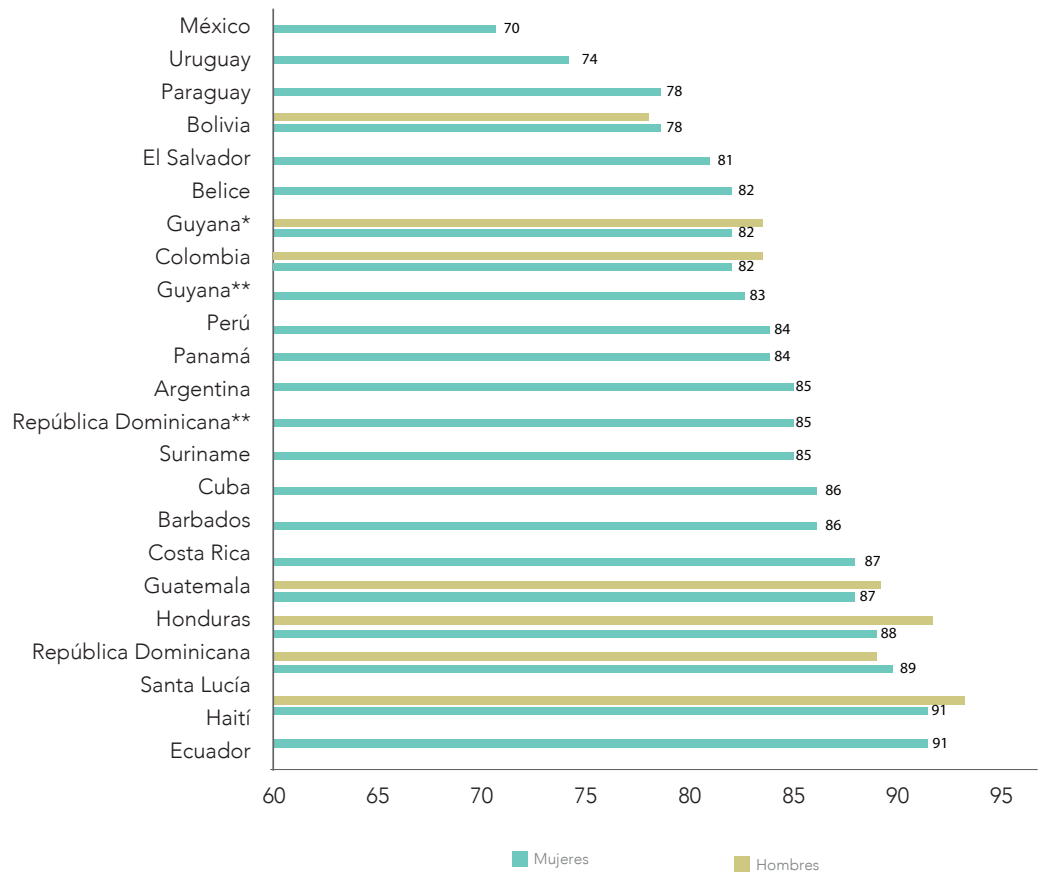


* DHS ** MICS

Fuente: Reporte Información Estratégica sobre adolescentes y VIH en Latino América y el Caribe. UNICEF 2017

Figure 2.

Porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años*) que identifican que tener una sola pareja sexual reduce el riesgo de transmisión de VIH en ALC, por país y sexo, año más reciente disponible.



* DHS ** MICS

Fuente: Reporte Información Estratégica sobre adolescentes y VIH en Latino América y el Caribe. United Nations Childrens Fund, 2017

Cuadro 13.

Porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes que usaron condón en la relación sexual más reciente, por país, sexo y grupo de edad, año más reciente disponible.

País	Mujeres				Hombres			
	15 a 24 años*	13 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 24 años*	14 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia					35.16 [31.28–39.05]		40.93	32.08
Colombia	30.28 [28.71–31.85]	55.69 [45.68–65.69]	37.19 [34.56–39.82]	25.74 [23.72–27.76]	56.10	72.75 [64.35–81.16]	68.37 [65.95–70.78]	48.27 [45.91–50.63]
República Dominicana	20.89 [16.53–25.24]		22.67 [16.35–28.99]	19.47 [14.04–24.91]	59.26 [54.33–64.18]		73.93 [67.50–80.37]	49.43 [42.98–55.87]
Guatemala	10.87 [9.69–12.04]		12.28 [10.22–14.35]	10.13 [8.84–11.43]	43.77 [41.19–46.34]		57.28 [53.15–61.41]	35.70 [32.72–38.67]
Guyana	32.15 [27.94–36.35]		37.58 [30.33–44.83]	29.11 [24.40–33.81]	62.26 [57.19–67.32]		82.27 [76.37–88.18]	51.88 [45.26–58.50]
Haití	36.52 [33.96–39.08]		44.38 [40.34–48.41]	32.20 [29.42–34.98]	60.72 [57.71–63.72]		58.44 [53.97–62.90]	62.38 [58.34–66.42]
Honduras	13.61 [12.24–14.99]		15.46 [13.30–17.63]	12.46 [10.70–14.21]	50.35 [46.84–53.86]		67.44 [62.39–72.50]	38.65 [34.49–42.82]
Perú	19.34 [17.48–21.20]		19.15 [15.83–22.48]	19.42 [17.21–21.63]				

Fuente: Reporte Información Estratégica sobre adolescentes y VIH en Latino América y el Caribe. UNICEF 2017.

Cuadro 14.

Porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes que se han realizado alguna vez una prueba de VIH, por país, sexo y grupo de edad, año más reciente disponible.

País	Mujeres				Hombres			
	15 a 24 años*	13 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	15 a 24 años*	14 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años
Bolivia					5.73 [4.46–7.00]		3.19 [1.88–4.50]	9.10 [6.77–11.42]
Colombia	30.72 [29.40–32.05]	1.05 [0.57–1.54]	17.97 [16.59–19.36]	55.57 [53.27–57.88]	13.75 [12.74–14.77]	0.52 [0.02–1.02]	6.04 [5.02–7.05]	26.84 [24.88–28.81]
República Dominicana	56.73 [52.91–60.56]		38.10 [32.98–43.21]	82.76 [77.60–87.93]	22.56 [19.06–26.07]		10.64 [6.91–14.37]	36.58 [31.24–41.93]
Guatemala	24.13 [22.83–25.42]		11.54 [10.49–12.59]	39.12 [36.98–41.26]	11.29 [10.07–12.51]		3.92 [3.05–4.78]	22.02 [19.59–24.45]
Guyana	47.45 [44.42–50.48]		31.98 [28.30–35.66]	67.93 [63.88–71.99]	27.57 [24.42–30.71]		18.25 [14.63–21.87]	39.91 [34.07–45.75]
Haití	36.05 [34.23–37.87]		18.41 [16.73–20.08]	56.79 [54.14–59.44]	17.36 [15.67–19.04]		7.93 [6.52–9.33]	29.39 [26.50–32.29]
Honduras	38.47 [37.09–39.84]		21.51 [20.12–22.90]	59.26 [56.96–61.55]	17.21 [15.01–19.41]		4.47 [3.21–5.73]	32.43 [28.38–36.47]
Perú	78.59 [77.25–79.92]		77.34 [75.71–78.98]	80.14 [78.22–82.06]				

Fuente: Carroll, A., y Mendos, L. R., Homofobia de Estado 2017: Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento: ILGA, 2017.

Anexo 5. Crímenes de odio basados en la orientación sexual como circunstancia agravante

ARGENTINA 2012	<p>El Código Penal establece penas agravadas para los delitos de homicidio (Art. 80.4) y lesiones (Art. 92) cuya motivación reside en el “odio hacia la orientación sexual de la víctima” (entre otros motivos).</p> <p>Article 40bis of the criminal code aggravates the penalties of the offences caused by any of the grounds of discrimination included in Articles 281 quinquies and sexies (the latter includes sexual orientation)</p>
BOLIVIA 2010	<p>El artículo 40bis del Código Penal agrava las penas de los delitos motivados por cualquiera de los motivos de discriminación incluidos en los artículos 281 quinquies y sexies (este último incluye la orientación sexual).</p> <p>Article 12(21) of the criminal code (amended by Art. 17 of Law No. 20 609) includes “sexual orientation” among the aggravating circumstances entailing to more severe penalties</p>
BRASIL	<p>No existen disposiciones federales que agraven las penas para los delitos motivados por la orientación sexual de la víctima en Brasil. Algunos estados han promulgado leyes locales que imponen sanciones —tales como multas y/o revocación de licencias— a los actos de violencia y/o actos de discriminación basados en la orientación sexual. Estos incluyen: Amazonas (2006); Bahía (1997), Distrito Federal (2000); Espírito Santo (2014); Maranhão (2006); Mato Grosso del Sur (2005); Minas Gerais (2002); Pará (2011); Paraíba (2003); Piauí (2004); Río de Janeiro (2015); Río Grande del Norte (2007); Río Grande del Sur (2002); Santa Catalina (2003); São Paulo (2001); así como ciudades como Fortaleza (Ceará) y Recife (Pernambuco).</p> <p>Art. 177 of the criminal code criminalizes acts of hatred, whether physical or psychological, based on sexual orientation; this provision also establishes penalties aggravated by physical damage and death caused by hate acts based on sexual orientation (among other reasons)</p> <p>Art. 129(11) of the criminal code (amended by Legislative Decree No. 106/2015) aggravates the crime of homicide when perpetrated on the basis of sexual orientation of the victim</p>
CHILE 2012	<p>El artículo 12 (21) del Código Penal (modificado por el artículo 17 de Ley No. 20.609) incluye la “orientación sexual” entre las circunstancias agravantes que conllevan penas más severas</p>
COLOMBIA 2000	<p>El artículo 58 (3) del Código Penal determina que la motivación basada en la orientación sexual de la víctima constituye una circunstancia agravante. Por otra parte, el artículo 134A (introducido por Ley 1.482 del 30 de noviembre de 2011) tipifica como delito los actos de racismo y discriminación, incluidos los basados en la orientación sexual.</p> <p>Art. 46(d) of the criminal code (amended by Legislative Decree No. 1323) aggravates penalties for crimes motivated by the sexual orientation of the survivor</p>
ECUADOR 2009	<p>El artículo 177 del Código Penal tipifica como delito los actos de odio, ya sean físicos o psicológicos, basados en la orientación sexual. Esta disposición también establece penas agravadas por el daño físico y la muerte causada por actos de odio basados en la orientación sexual (entre otras razones).</p>
EL SALVADOR 2015	<p>El artículo 129(11) del Código Penal (modificado por el DL No. 106/2015) agrava el delito de homicidio cuando es perpetrado con base en la orientación sexual de la víctima.</p>
HONDURAS 2013	<p>El artículo 27(27) del Código Penal (modificado por el Decreto No. 23-2013) establece que la motivación basada en la orientación sexual de la víctima (entre otros motivos) opera como una circunstancia agravante.</p>
NICARAGUA 2008	<p>El artículo 36(5) del Código Penal de Nicaragua establece penas agravadas para los delitos motivados por la orientación sexual de la víctima</p>
PERÚ 2017	<p>El artículo 46(d) del Código Penal (modificado por el Decreto Legislativo No. 1.323) agrava las penas para los delitos motivados por la orientación sexual de la víctima.</p>
URUGUAY 2003	<p>El artículo 149TER del Código Penal (modificado por la Ley 17.677 de 2003) prevé penas más severas para los actos de violencia moral o física de odio o de desprecio motivados por la “orientación sexual” o “identidad sexual”. Artículo 149-TER (Comisión de actos de odio, desprecio o violencia contra determinadas personas).</p> <p>El que cometiere actos de violencia moral o física de odio o de desprecio contra una o más personas en razón del color de su piel, su raza, religión, origen nacional o étnico, orientación sexual o identidad sexual, será castigado con seis a veinticuatro meses de prisión.</p>

Fuente: Carroll, A., y Mendos, L. R., Homofobia de Estado 2017: Estudio jurídico mundial sobre la orientación sexual en el derecho: criminalización, protección y reconocimiento: ILGA, 2017.

Referencias

1. Global AIDS Monitoring Report 2019: Communities at the center: Defending rights, breaking barriers, reaching people. Geneva: UNAIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019global-AIDS-update>).
2. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2016. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization; 2017.
3. Plan of action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016–2021. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization; 2016 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
4. Schwartz Benzaken A. National and urban innovations to attain 90–90–90 in Brasil. Presented at 90–90–90 Targets Workshop, Paris, 22–23 July 2017 (<http://iapac.org/909090-workshop/presentations/909090tw17-Sa1530-Benzaken.pdf>).
5. Galea Jerome, Baruch Ricardo, Brown Brandon. ¡PrEP Ya! Latin America wants PrEP, and Brasil leads the way, 2018 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30011-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30011-0/fulltext)).
6. R4V Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. February 2019
7. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/>).
8. Costa JDM, Silva Torres T, Esteves Coelho L, et al. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta analysis. *J Int AIDS Soc.* 2018;21:e25066.
9. Nachega JB, Adetokunboh O, Uthman OA, et al. Community-based interventions to improve and sustain antiretroviral therapy adherence, retention in HIV care and clinical outcomes in low- and middle-income countries for achieving the UNAIDS 90–90–90 targets. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(5):241–255.
10. Franke MF, Kaigamba F, Socci AR, et al. Improved retention associated with community-based accompaniment for antiretroviral therapy delivery in rural Rwanda. *Clin Infect Dis.* 2013 56:9.
11. Miles to go: global AIDS update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2018.
12. Miyada S, Garbin AJ, Gatto RCJ, Garbin CAS. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2017;50(5):607–612.
13. Zulliger R, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Kerrigan D. High drop-off along the HIV care continuum and ART interruption among female sex workers in the Dominican Republic. *JAIDS.* 2015;69(2):216–222.
14. Cities ending the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
15. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets—global AIDS update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
16. VMSJ is back with free HIV tests in São Paulo. São Paulo: Viração (<https://viracao.org/en/vmsj-is-back-with-free-hiv-tests-in-sao-paulo/>).
17. Schwartz Benzaken A. National and urban innovations to attain 90–90–90 in Brazil. Presented at 90–90–90 Targets Workshop, Paris, 22–23 July 2017 (<http://iapac.org/909090-workshop/presentations/909090tw17-Sa1530-Benzaken.pdf>).

18. Epidemiologic bulletin. Curitiba: Municipality of Curitiba; 2017 (<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%202017-%20tamanho%20menor.pdf>).
19. Annual HIV epidemiological profile 2015. Kingston: Ministry of Health, Jamaica; 2015 (<https://www.moh.gov.jm/wp-content/uploads/2017/05/2015-Epi-Update-Revised-Final.pdf>).
20. Global AIDS update. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016.
21. Regional Task Force for the Reduction of Maternal Mortality. Overview of the Situation of Maternal Morbidity and Mortality: Latin America and the Caribbean. December 2017
22. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas: update 2016. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization; 2017.
23. Plan of action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016–2021. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization; 2016 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
24. Diagnosis of HIV prevention policies and services for key population groups in Latin America. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
25. HIV prevention in the spotlight. Washington, DC: Pan American Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
26. Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Romero M, Conde-Glez CJ, Sosa-Rubí SG. Is the HIV epidemic stable among MSM in Mexico? HIV prevalence and risk behavior results from a nationally representative survey among men who have sex with men. *PLoS One*. 2013;8:e72616.
27. Grinsztejn B, Hoagland B, Moreira RI, Kallas EG, Madruga JV, Goulart S, et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. *Lancet HIV* 2018;5:e136–46.
28. Regional operational plan 2017: strategic direction summary. (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/274201.pdf>)
29. Strategic information on adolescents and HIV in Latin America and the Caribbean region. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
30. Updated version of the analysis of laws and public policies for access to SRH services for adolescent and youth. Geneva: United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, and United Nations Development Programme; 2017
31. Davis A. Caribbean regional youth advocacy framework on sexual and reproductive health and rights. Georgetown, Guyana: Pan Caribbean Partnership Against HIV/AIDS; 2017.
32. Violence against lesbian, gay, bisexual, trans and intersex persons in America. 2015: page 38
33. Gebre Y, Forbes NM, Peters A. Review of HIV treatment progress, gaps, and challenges in the Caribbean, 2005–2015. *Rev Panama Public Health*. 2016;40(6):468–473.
34. Malta M, Silva A, LeGrand S, Whetten K, Wells S. HIV/AIDS, human rights, and transgender people in Latin America. *The Lancet Public Health*. 2019. ([https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30082-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30082-9/fulltext))
35. Carroll A, Mendos LR. State sponsored homophobia 2017: a world survey of sexual orientation laws—criminalization, protection and recognition: Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2017.
36. Human rights of women with HIV in the Americas. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
37. Stockman J, Tsuyuki K, Knauth D, Barbosa R. Gender-based violence and HIV infection: overlapping epidemics in Brazil. Washington, DC: World Bank; 2016 (<https://blogs.worldbank.org/voices/gender-based-violence-and-hiv-infection-overlapping-epidemics-brazil>).
38. 32 Trans Murder Monitoring (TMM) Update TDoR 2017 <http://transrespect.org/es/trans-murder-monitoring/tmm-resources/>

39. Caleb Orozco v Attorney General of Belize and others 10 August 2016
40. The people living with HIV stigma index (<https://www.stigmaindex.org/>).
41. Constitution of Cuba, 1976. Amendment to Article 68, 2017.
42. Call to Action Third Forum of Latin America and the Caribbean. On the way to end aids in LAC: for the achievement of the Fast Track targets in the Port-au-Prince region, 6–8 November 2017.
43. Increasing access to HIV treatment in middle-income countries: key data on prices, regulatory status, tariffs and the intellectual property situation: Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phi/publications/WHO_Increasing_access_to_HIV_treatment.pdf?ua=1).
44. TRIPS flexibilities and access to antiretroviral therapy: lessons from the past, opportunities for the future. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2260_DOHA%2B10TRIPS_en_0.pdf).
45. Galea Jerome, Baruch Ricardo, Brown Brandon. ¡PrEP Ya! Latin America wants PrEP, and Brazil leads the way, 2018 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30011-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30011-0/fulltext))
46. Fleury A. Women migrating to Mexico for safety: the need for improved protections and rights. Policy report no. 03/08. Barcelona: United Nations University Institute on Globalization, Culture and Mobility; 2016.
47. El impacto de las reformas migratorias en la epidemia de vih en El Salvador. El Salvador: Ministry of Health and National AIDS Programme; 2018.
48. R4V Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. February 2019.
49. Cuando el médico te receta migrar para no morir: venezolanos con VIH ponen a prueba al sistema de salud en Peru. Univision; 1 December 2018 (<https://www.univision.com/noticias/vih-y-sida/cuando-el-medico-te-receta-migrar-para-no-morir-venezolanos-con-vih-ponen-a-prueba-al-sistema-de-salud-en-peru>).
50. Santisteban A. Diagnóstico rápido: situación de los migrantes venezolanos con VIH en el Perú. 2019
51. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Washington, DC: World Bank. 2018(<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CONU.ZS?locations=VE&view=chart>).
52. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Profamilia and IPPF. 2018

Derechos de autor © 2019
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)
Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del 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. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

ONUSIDA/JC2983



UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org