

PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y  
TRATAMIENTO DEL VIH

*2017-2021*

**PUERTO RICO**



## COLABORADORES



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE  
**PUERTO RICO**  
Departamento de Salud

El Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico, 2017-2021 fue coordinado por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y se realizó gracias a la colaboración de un grupo multisectorial compuesto por representantes de la comunidad con VIH, organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, proveedores de servicios de prevención y tratamiento, agencias gubernamentales y la Academia.

**Ana del Carmen Rius Armendariz, MD**

Secretaria del Departamento de Salud de Puerto Rico

Ricardo L. Torres Muñoz, JD, MHSA, *Secretario Auxiliar Salud Familiar y Servicios Integrados (SASFISI)*

*Angel Ortiz Ricard, JD, CDC Asesor Principal de Salud Pública*

*Norma I. Delgado Mercado, PhD, Directora Programa Ryan White Parte B / ADAP*

*Sandra Miranda De León, MPH, Directora en funciones de la División de Prevención de VIH/ETS y Directora, Sistema de Vigilancia VIH/SIDA*

### **Comité Timón del Plan Integrado**

**Miembros de la Comunidad VIH**

**Departamento de Salud de Puerto Rico**

*Secretaría Auxiliar Salud Familiar y Servicios Integrados*

*Programa Ryan White Parte B / ADAP*

*División de Prevención de VIH/ETS*

*Oficina de Vigilancia VIH/SIDA/ITS*

*OCASET*

**AME San Juan**

*Municipio de San Juan*

*AIDS Task Force, AME San Juan*

**Cuerpos Asesores de Planificación**

*Concejo de Planificación del AME de San Juan*

*Grupo de Planificación de Prevención de VIH*

*Grupo de Planificación Ryan White Parte B*

**Academia**

*AIDS Education Training Center*

*Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico*

## **Participantes del proceso de planificación**

### **Miembros de la Comunidad VIH**

#### ***En orden alfabético***

*Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción  
AIDS Education Training Center  
APSAPS  
ASPIRA de Puerto Rico, Inc.  
Bill's Kitchen  
Casa Joven del Caribe, Inc.  
Centro Ararat  
Centro de Ayuda a Víctimas de Violación (CAVV)  
Centro de Estudios Materno-Infantiles, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas  
Centro de Salud Integral de la Montaña  
Migrants Health Center, Mayagüez  
COAI, Inc.  
Concilio de Salud Integral de Loíza, Inc.  
Consortio Región Sur  
CoPuReDa  
Corporación de Servicios de Salud y Medicina Avanzada (COSSMA)  
Correctional Health Services, Corp.  
Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico  
Estancia Corazón  
Fondita de Jesús, Inc.  
Fundación UPENS  
Guara Bí, Inc.  
Grupo de Planificación de Prevención del VIH  
Hogar Crea, Inc.  
Hogar de Ayuda el Refugio  
Hogar Fortaleza del Caído  
Hospital Ryder - Proyecto CISIniciativa Comunitaria de Investigación, Inc. (ICI)  
Instituto Pre-Vocacional e Industrial Arecibo  
Instituto Pre-Vocacional e Industrial Bayamón  
Instituto Pre-Vocacional e Industrial Mayaguez  
La Perla de Gran Precio, Inc.  
Lucha Contra el SIDA  
Med Centro, Ponce Inc, Ponce  
Municipio Autónomo de San Juan, Centro Dr. Manuel Díaz García  
Municipio Autónomo de San Juan, Vivienda Municipal  
Municipio de Bayamón, Centro de Epidemiología de Bayamón  
NeoMed Center, Programa SIVIF / Ryan White Parte C  
Oficina del Procurador del Veterano  
Ponce Health Sciences University  
PR CoNCRA, Inc. (Puerto Rico Community Network for Clinical Research)  
Profamilia*

*Proyecto ACTU  
Proyecto GAMMA; UPR-RCM  
Proyecto Oasis de Amor, Inc.  
Departamento de Corrección y Rehabilitación de Puerto Rico  
Departamento de Salud de Puerto Rico  
Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico  
Grupo de Planificación Ryan White Parte B  
Ryan White, Parte C Centro de Salud de Lares  
Concejo de Planificación AME de San Juan*

# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	11
SECCIÓN I: AVALÚO DE NECESIDADES .....	13
A. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	13
A-ÁREA GEOGRÁFICA DE LA JURISDICCIÓN .....	13
B-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	18
C-PERSONAS VIVIENDO CON VIH .....	29
D-INDICADORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH.....	42
B. CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH EN PUERTO RICO - 2013 .....	48
A – CONTINUO DE LA ATENCIÓN .....	48
B - DISPARIDADES EN EL TRATAMIENTO DE ACUERDO AL CONTINUO DE CUIDADO .....	49
C – UTILIZACIÓN DEL CONTINUO DE CUIDADO .....	50
C. RECURSOS FINANCIEROS E INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS .....	51
A- RECURSOS FINANCIEROS .....	51
B - RECURSOS HUMANOS PARA TRABAJAR CON EL VIH .....	65
C – INTERACCIÓN DE FUENTES DE FONDOS .....	72
D - RECURSOS NECESARIOS.....	78
D. NECESIDADES, BRECHAS Y BARRERAS .....	79
A- PROCESO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO .....	79
B/C - NECESIDADES Y BRECHAS DE SERVICIOS DE PERSONAS EN RIESGO DE CONTRAER VIH Y PERSONAS VIVIENDO CON VIH .....	82
D – BARRERAS A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH .....	88
E. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	91
A- FUENTES DE DATOS .....	91
B- POLÍTICAS QUE FACILITARON Y/O BARRERAS QUE LIMITARON LA REALIZACIÓN DEL AVALÚO DE NECESIDADES .....	91
C- DATOS QUE AL GRUPO DE PLANIFICACIÓN LE HUBIERA GUSTADO UTILIZAR EN EL AVALÚO DE NECESIDADES, PERO QUE NO ESTUVO DISPONIBLE .....	92
SECCIÓN II: PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO .....	94
A. PLAN INTEGRADO.....	94
B. COLABORADORES, ALIANZAS E INVOLUCRAMIENTO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.....	150
C. INVOLUCRAMIENTO DE LA COMUNIDAD Y PERSONAS VIVIENDO CON VIH .....	153
SECCIÓN III: MONITORÍA Y MEJORAMIENTO .....	155
A. PROCESOS PARA PROVEER INFORMACIÓN REGULARMENTE A LOS CUERPOS ASESORES DE PLANIFICACIÓN Y ACTORES DE INTERÉS SOBRE EL PROGRESO Y AVANCE DEL PLAN.....	155

B. PLAN PARA MONITOREAR Y EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRADO .....	155
C. ESTRATEGIA PARA UTILIZAR LOS DATOS DE VIGILANCIA Y DATOS DE LOS PROGRAMAS PARA EVALUAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS EN LA SALUD A LO LARGO DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH .....	160
APÉNDICE A. CARTA DE CONCURRENCIA .....	164
APÉNDICE B. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	165
APÉNDICE C. LISTA DE REFERENCIAS REVISADAS PARA EL AVALÚO DE NECESIDADES .....	167
APÉNDICE D. TABLAS ADICIONALES.....	169

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: MODELO LÓGICO DEL PLAN .....	12
FIGURA 2: REGIONES DE SALUD DE PUERTO RICO, 2014 .....	13
FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIONAL GENERAL POR RAZA, PUERTO RICO, 2015 .....	15
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL >25 AÑOS SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADA, PUERTO RICO, 2015.....	16
FIGURA 5. NIVEL DE POBREZA DE LA POBLACIÓN >25 AÑOS SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADA, PUERTO RICO, 2015 .....	16
FIGURA 6: INGRESO MEDIANO DEL HOGAR DE LA POBLACIÓN GENERAL, PUERTO RICO, 2015 .....	17
FIGURA 7: PORCENTAJE DE INDIVIDUOS BAJO EL NIVEL DE POBREZA POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA, 2010 – 2014.....	18
FIGURA 8: POR CIENTO DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH POR REGIÓN DE SALUD, PUERTO RICO, 2014.....	18
FIGURA 9: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR MODO DE EXPOSICIÓN EN ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PUERTO RICO, 2014 .....	20
FIGURA 10: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS POR MODO DE TRANSMISIÓN Y SEXO, PUERTO RICO, 2014 .....	20
FIGURA 11: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS POR MODO DE TRANSMISIÓN Y EDAD DEL DIAGNOSTICO, PUERTO RICO, 2014.....	21
FIGURA 12: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS POR CATEGORÍA DE PROGRESIÓN DEL VIH Y MODO DE TRANSMISIÓN, PUERTO RICO, 2014 .....	21
FIGURA 13. TENDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PUERTO RICO, 2007 – 2013.....	23
FIGURA 14: TASA ANUAL DE DIAGNÓSTICOS DE VIH POR AÑO DE DIAGNÓSTICO Y SEXO, PUERTO RICO, 2007 – 2013 .....	23
FIGURA 15. TENDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE VIH POR CATEGORÍA DE EXPOSICIÓN EN ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PUERTO RICO, 2007 – 2013.....	24
FIGURA 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ETAPA DE PROGRESIÓN DEL VIH LUEGO DEL DIAGNÓSTICO, PUERTO RICO, 2007 – 2013 .....	25

FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH DIAGNOSTICADOS EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR MODO DE EXPOSICIÓN DE LA MADRE, PUERTO RICO, 2007 – 2013 .....	26
FIGURA 18: PREVALENCIA DE VIH POR CADA 100,000 HABITANTES, 2014 .....	26
FIGURA 19: PREVALENCIA DE VIH Y PERSONAS BAJO NIVELES DE POBREZA .....	27
FIGURA 20. NÚMERO Y PORCIENTO RELATIVO DE PID DIAGNOSTICADOS CON EL VIH, 2007 - 2013.....	30
FIGURA 21. NÚMERO Y PORCIENTO RELATIVO DE HETEROSEXUALES DIAGNOSTICADOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH, 2007 - 2013.....	32
FIGURA 22. NÚMERO Y PORCIENTO RELATIVO DE HSH DIAGNOSTICADOS CON EL VIH, 2007 - 2013.....	33
FIGURA 23. PERSONAS VIVIENDO CON VIH POR ETAPA CLÍNICA DE LA INFECCIÓN, PUERTO RICO: 2013.....	34
FIGURA 24: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON UN DIAGNÓSTICO CON LA INFECCIÓN DEL VIH CON NECESIDAD DE CUIDADO MÉDICO NO CUBIERTA, PUERTO RICO, 2013 .....	37
FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE CO-INFECCIÓN VIH/TB DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON EL VIH POR AÑO DE REPORTE DE TUBERCULOSIS, 2007 - 2013.....	39
FIGURA 26. TENDENCIAS DE MORTALIDAD DE PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CON EL VIH POR SEXO, PUERTO RICO, 2007 - 2013.....	41
FIGURA 27: SECUENCIA DE EVENTOS DE PERSONAS REPORTADAS CON SÍFILIS EN EL AÑO 2014 .....	43
FIGURA 28: NÚMERO Y PORCIENTO DE PARTICIPANTES HSH QUE REPORTARON TENER SEXO ANAL SIN PROTECCIÓN CON SU PAREJA PRINCIPAL O NO-PRINCIPAL, NHBS, 2011 .....	47
FIGURA 29: CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN PUERTO RICO, 2013 .....	48
FIGURA 30: RECURSOS ECONÓMICOS DISPONIBLES EN LA JURISDICCIÓN .....	52
FIGURA 31: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS ORGANIZACIONES QUE BRINDAN SERVICIOS DE VIH E ITS EN PUERTO RICO..	67
FIGURA 32: DIEZ TEMAS PRINCIPALES PARA CAPACITAR LA FUERZA LABORAL QUE TRABAJA CON VIH EN PUERTO RICO, DE ACUERDO A PROVEEDORES ENCUESTADOS.....	72
FIGURA 33: INTERACCIÓN DE FUENTES DE FONDOS EN PUERTO RICO .....	73
FIGURA 34: PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES .....	79
FIGURA 35: NECESIDADES Y BRECHAS DE PREVENCIÓN IDENTIFICADAS .....	84
FIGURA 36: NECESIDADES Y BRECHAS DE CUIDADO Y TRATAMIENTO IDENTIFICADAS .....	87
FIGURA 37: RESUMEN DE BARRERAS ASOCIADAS A SERVICIOS DE PREVENCIÓN .....	89
FIGURA 38: RESUMEN DE BARRERAS ASOCIADAS A SERVICIOS DE CUIDADO Y TRATAMIENTO, POR ORDEN DE MENCIÓN .....	90
FIGURA 39: GRUPOS DE TRABAJO QUE PARTICIPARON DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN .....	150
FIGURA 40: ETAPAS DE DESARROLLO DEL PLAN INTEGRADO.....	151
FIGURA 41: RESULTADOS DE LAS HOJAS DE VALIDACIÓN INDIVIDUALES .....	152
FIGURA 42: PUNTUACIÓN OTORGADA AL BORRADOR PRESENTADO CON RESPECTO AL CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS DEL CDC Y HRSA PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN.....	153
FIGURA 43: REPRESENTACIÓN POR SECTOR Y POR TIPO DE SERVICIOS CON LOS QUE TRABAJAN .....	154
FIGURA 44: DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PARTICIPANTES .....	154

FIGURA 45: MUESTRA DE LA PANTALLA DE LA HOJA DE SEGUIMIENTO DESARROLLADA PARA MONITOREAR LOS INDICADORES RELACIONADOS A PROCESOS Y PRODUCTOS .....	157
FIGURA 46: ESTRUCTURA DE GRUPO DE PLANIFICACIÓN .....	161
FIGURA 47: CICLO DE PLANIFICACIÓN .....	162
FIGURA 48: COMPONENTES DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP .....	163

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIONAL GENERAL POR REGIÓN DE SALUD Y SEXO, PUERTO RICO, 2015.....	14
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIONAL GENERAL POR EDAD Y SEXO, PUERTO RICO, 2015 .....	15
TABLA 3: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE ADULTOS Y ADOLESCENTES $\geq$ 13 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH, PUERTO RICO, 2014.....	19
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN Y TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS CON LA INFECCIÓN DEL VIH POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE ADULTOS / ADOLESCENTES $\geq$ 13 AÑOS, PUERTO RICO, 2014.....	19
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR NIVEL LINFOCITOS CD4 Y MODO DE TRANSMISIÓN DE ADULTOS Y ADOLESCENTES $\geq$ 13 AÑOS, PUERTO RICO, 2013.....	22
TABLA 6: TENDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR GRUPO DE EDAD, PUERTO RICO, 2007 – 2013.....	24
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL VIH DIAGNOSTICADOS EN NIÑOS DE 0 A 12 AÑOS POR AÑO DE DIAGNÓSTICO, PUERTO RICO, 2007 – 2013 .....	25
TABLA 8: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH A 2014 .....	27
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE VIH Y PREVALENCIA DE PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SELECTAS .....	29
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN CON EL VIH ATRIBUIDOS AL CONTACTO HETEROSEXUAL SIN CONDÓN POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SELECTAS .....	31
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE VIH ATRIBUIDOS A HSH POR GRUPO DE EDAD, PUERTO RICO, 2007-2013 .	32
TABLA 12. ESTIMADO DEL NÚMERO DE PERSONAS VIVIENDO CON UN DIAGNOSTICO CON LA INFECCIÓN DEL VIH QUE NO RECIBIÓ CUIDADO MÉDICO PRIMARIO DURANTE EL AÑO CALENDARIO 2013.....	35
TABLA 13. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON UN DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CON EL VIH QUE NO RECIBIERON CUIDADO MÉDICO PRIMARIO DURANTE EL AÑO 2013 .....	36
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/EXPOSICIÓN DE PERSONAS CO-INFECTADAS CON VIH/TB POR AÑO DE REPORTE DE TUBERCULOSIS, 1981-2013.....	38
TABLA 15. MUERTES DE PERSONAS VIVIENDO CON UN DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CON EL VIH, 1981-2013 .....	39
TABLA 16. PRIMERAS DIECISIETE CAUSAS DE MUERTE EN PUERTO RICO, 2015.....	41

TABLA 17: CO-INFECCIÓN SÍFILIS/VIH POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SELECTAS, 2014 .....	43
TABLA 18: CO-INFECCIÓN SÍFILIS/VIH POR CONDUCTAS DE RIESGO Y USO DE DROGAS, 2014 .....	44
TABLA 19: CO-INFECCIÓN GONORREA/VIH POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS SELECTAS, 2014 .....	45
TABLA 20: CO-INFECCIÓN GONORREA/VIH POR CONDUCTAS DE RIESGO Y USO DE DROGAS, 2014 .....	46
TABLA 21: CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH POR SUBPOBLACIONES, PUERTO RICO, 2013.....	49
TABLA 22: SERVICIOS DE PREVENCIÓN QUE OFRECEN LAS ORGANIZACIONES (10 PRINCIPALES).....	68
TABLA 23: SERVICIOS DE PREVENCIÓN QUE OFRECEN LAS ORGANIZACIONES (10 PRINCIPALES).....	68
TABLA 24: RECURSOS HUMANOS EN LOS CENTROS DE ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO QUE PARTICIPARON DE LA ENCUESTA.....	69
TABLA 25: RECURSOS HUMANOS EN LOS CENTROS DE ENTIDADES PÚBLICAS QUE PARTICIPARON DE LA ENCUESTA .....	70
TABLA 26: PROFESIONALES DE LA SALUD LICENCIADOS EN PUERTO RICO, PROFESIONES SELECCIONADAS.....	70

# LISTA DE ABREVIATURAS

AETC - AIDS Education and Training Centers National  
AME San Juan – Caguas - Guaynabo – Área Metropolitana Estadística de San Juan  
AME San Juan – Área Metropolitana Elegible de San Juan  
ASSMCA - Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción  
CH – conducta heterosexual  
CDC - Centers for Disease Control and Prevention  
COC – Continuum of Care, Sistema de Cuidado Continuo para personas sin hogar  
Concilio – Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población de Personas sin Hogar  
DCPR - Departamento de Corrección de Puerto Rico  
DFPR - Departamento de la Familia de Puerto Rico  
DSPR – Departamento de Salud de Puerto Rico  
DTRHPR - Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico  
GPPV – Grupo de Planificación de Prevención del VIH  
GPRWB – Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP  
HRSA - Health Resources and Services Administration  
HSH – Hombres que tienen Sexo con Hombres  
HOPWA - Housing Opportunities for Persons with AIDS Program  
HUD = *Housing and Urban Department* (Departamento Federal de la Vivienda y Desarrollo Urbano)  
ITS – Infecciones de Transmisión Sexual  
OBC – Organizaciones de Base Comunitaria  
PID – Personas que se Inyectan Drogas  
PUD – Personas Usuaras de Drogas  
PrEP – Profilaxis pre-exposición  
PEP – Profilaxis post-exposición  
PVCV – Personas viviendo con la infección del VIH  
PVCS – Personas viviendo con SIDA  
nPEP – Profilaxis post-exposición no ocupacional  
PSH – Personas sin hogar  
SIDA- Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (tercera etapa de la infección del VIH)  
Tb – Tuberculosis pulmonar  
VIH - Virus de Inmunodeficiencia Humana

# INTRODUCCIÓN

Puerto Rico (P.R.) es uno de los territorios asociados a Estados Unidos (EE.UU.) con la incidencia y prevalencia más altas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Al 31 de diciembre del 2014, sobre 47,000 personas habían sido diagnosticadas con la infección del VIH en P.R. Además, ocupamos la décima posición como uno de los estados /territorios con el mayor número de casos reportados de SIDA<sup>1</sup>.

Puerto Rico se ha caracterizado por tener una epidemia del VIH distinta a los EE.UU. Desde el inicio de la epidemia, se han experimentado varios cambios en el modo de transmisión principal del virus. El uso de drogas inyectables fue el modo de transmisión principal durante 1984 – 2002, seguido por el contacto heterosexual sin protección durante el periodo 2003 – 2012. No es hasta el año 2013, que el sexo entre hombres (HSH) sin protección se posiciona como el modo de transmisión principal en P.R. En cuanto al tratamiento y el cuidado, los avances alcanzados en el campo de la farmacología han beneficiado grandemente a las personas infectadas con el VIH. No tan solo han logrado reducir la mortalidad del VIH, sino que - además - han contribuido a mejorar la calidad de vida de los pacientes que se enlazan y retienen a tratamiento. Sin embargo, aún existen brechas y disparidades en el acceso a servicios relacionados al VIH, así como limitaciones en el acceso a servicios de apoyo.



Este documento presenta el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en PR, 2017-2021 (en adelante, Plan Integrado), en cumplimiento con los requisitos establecidos por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

El Plan Integrado se trabajó mediante un proceso de planificación participativa y de apoderamiento, a través del cual representantes de agencias públicas, entidades de base comunitaria (OBC), entidades privadas con y sin fines de lucro, la comunidad infectada y afectada por el VIH y la Academia – de manera conjunta - identificaron las necesidades y desarrollaron estrategias para cumplir con los objetivos de la Estrategia Nacional Contra el VIH/SIDA para los EE.UU., actualizada al 2020<sup>2</sup> (en adelante Estrategia Nacional).

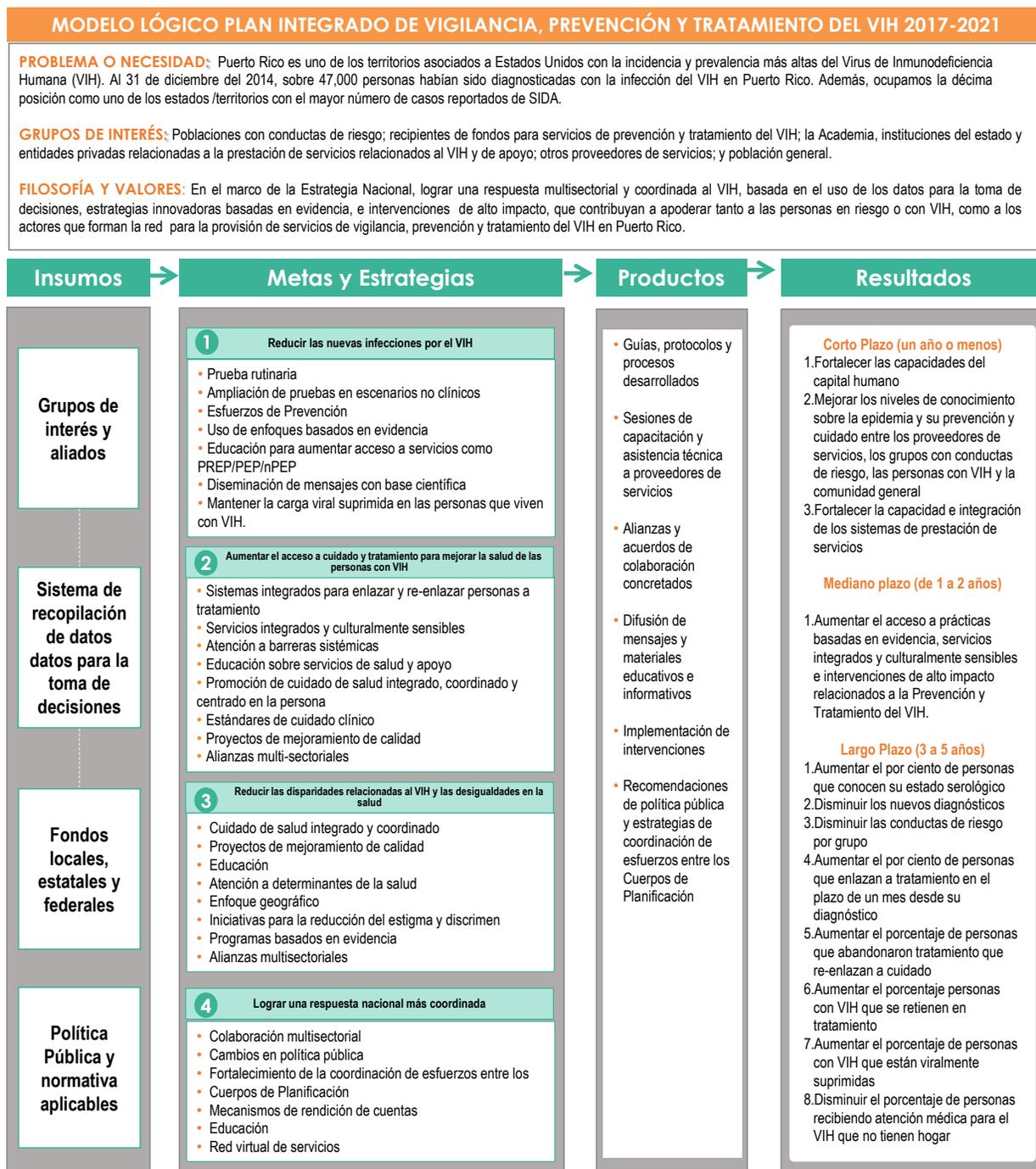
---

<sup>1</sup> Perfil Epidemiológico Integrado para la Prevención del VIH en Puerto Rico: 2007 – 2013, Programa Vigilancia de VIH/SIDA | División de Epidemiología, Departamento de Salud.

<sup>2</sup> [https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/estrategia\\_nacional\\_contra\\_el\\_vih sida\\_2020.pdf](https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/estrategia_nacional_contra_el_vih sida_2020.pdf)

De acuerdo a las guías que establece el Gobierno Federal, el documento se ha organizado en tres secciones principales: (1) el avalúo de necesidades coordinado a nivel estatal; (2) el plan desarrollado por los representantes de los grupos de interés; y (3) la supervisión y el mejoramiento.

Figura 1: Modelo Lógico del Plan



# SECCIÓN I: AVALÚO DE NECESIDADES

## A-PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

De acuerdo a las Guías de Planificación Integrada publicadas por el CDC y HRSA, la siguiente sección ofrece un perfil de la epidemia en Puerto Rico el continuo de cuidado del VIH, los recursos económicos y humanos para atender la epidemia, las necesidades, brechas y barreras en la provisión de servicios vinculados al VIH, y los datos y fuentes de información utilizados para llevar a cabo el avalúo de necesidades.

## A-ÁREA GEOGRÁFICA DE LA JURISDICCIÓN

El Archipiélago de Puerto Rico comprende 78 municipios divididos en 8 Regiones de Salud (Figura 2). La mayoría de la población puertorriqueña reside en la Región de Salud Metropolitana (Tabla 1).

En el año 2015, la población residente de Puerto Rico se estimó en 3,474,182. Esto representa una disminución porcentual de un 6.65% tomando como año base los datos del censo del año 2010. Poco más de la mitad de los municipios experimentó una disminución en la población durante este mismo periodo, incluyendo los municipios de la Región Metropolitana.

**Figura 2: Regiones de Salud de Puerto Rico, 2014**



**Región Aguadilla** comprende 5 municipios: Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca y San Sebastián.

**Región Arecibo** comprende 12 municipios: Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja.

**Región Bayamón** comprende 11 municipios: Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja y Vega Alta.

**Región Caguas** comprende 13 municipios: Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa.

**Región Fajardo** comprende 6 municipios: Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques.

**Región Mayagüez** comprende 10 municipios: Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Rincón, Sabana Grande y San Germán.

**Región Metropolitana** comprende 6 municipios: Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loíza, San Juan y Trujillo Alto.

**Región Ponce** comprende 15 municipios: Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba y Yauco.

**Tabla 1: Distribución de la poblacional general por región de salud y sexo, Puerto Rico, 2015**

Región de Salud	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		Número	Porcentaje
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Aguadilla	105,036	7.48	110,449	7.13	215,485	6.20
Arecibo	205,989	14.67	221,511	14.31	427,500	12.31
Bayamón	279,450	19.91	303,782	19.62	583,232	16.79
Caguas	268,988	19.16	295,049	19.05	564,037	16.24
Fajardo	60,597	4.32	66,208	4.28	126,805	3.65
Mayagüez	135,845	9.68	147,695	9.54	283,540	8.16
Metropolitana	347,894	24.78	403,781	26.08	751,675	21.64
Ponce	252,349	17.98	269,559	17.41	521,908	15.02
<b>Total</b>	<b>1,403,799</b>	<b>100</b>	<b>1,548,475</b>	<b>100</b>	<b>3,474,182</b>	<b>100</b>

Fuente: Negociado del Censo Federal, Estimación de Población de Puerto Rico al 1 de julio de 2015.

## EDAD Y SEXO

La mediana de edad de los residentes de Puerto Rico en el año 2015 fue de 40 años. Las mujeres representaron el 44.6% del total de la población (Tabla 2). La mediana de edad de las mujeres fue mayor que la mediana de edad de los hombres, 41.8 y 38 años, respectivamente. Aproximadamente 30% de la población total de la isla tenía entre 15 y 34 años de edad en el año 2015. Un porcentaje mayor de mujeres tenía 65 años o más comparado con los hombres, 19.56% y 16.38%, respectivamente. Por otro lado, se observó una mayor proporción de adolescentes y hombres jóvenes entre 15 y 24 años, comparado con las mujeres de la misma edad.

**Tabla 2: Distribución de la poblacional general por edad y sexo, Puerto Rico, 2015**

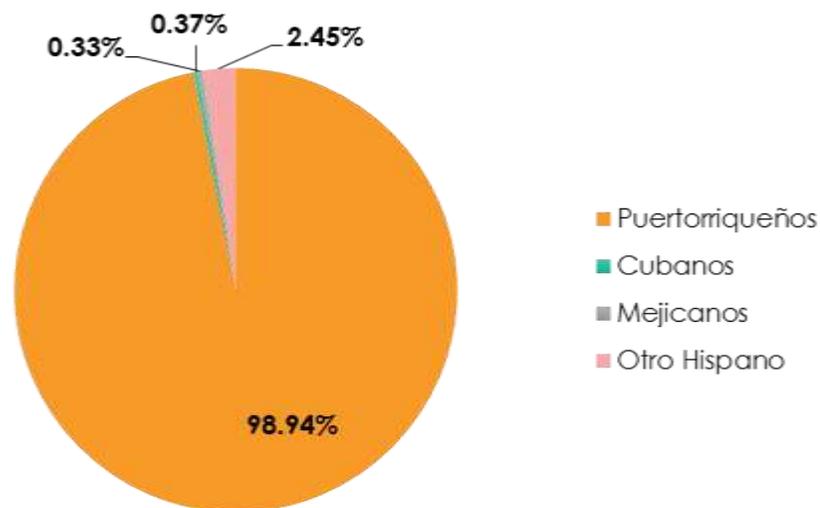
Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		No.	%
	No.	%	No.	%		
0 – 14	304,479	18.38	288,555	15.87	593,034	17.07
15 – 24	250,150	15.10	241,210	13.27	491,360	14.14
25 – 34	211,022	12.74	222,606	12.24	433,628	12.48
35 – 44	209,483	12.65	231,549	12.74	441,032	12.69
45 – 54	213,796	12.91	243,505	13.39	457,301	13.16
55 – 64	195,887	11.83	234,978	12.92	430,865	12.40
65 o más	271,331	16.38	355,631	19.56	626,962	18.05
<b>TOTAL</b>	<b>1,656,148</b>	<b>100</b>	<b>1,818,034</b>	<b>100</b>	<b>3,474,182</b>	<b>100</b>

Fuente: Negociado del Censo Federal, Estimación de Población de Puerto Rico al 1 de julio de 2015.

### COMPOSICIÓN ÉTNICA

De acuerdo con los datos publicados por el Censo Federal de los Estados Unidos para el 2015, un total de 3,437,388 personas residiendo en Puerto Rico son hispanos (98.94%), mientras que el restante 1.06% se identifican como no hispanos. Del total de hispanos, un 96.85% son puertorriqueños, 0.37% son cubanos, 0.33% son mejicanos y el restante 2.45% es clasificado bajo otro hispano (Figura 3).

**Figura 3: Distribución de la poblacional general por raza, Puerto Rico, 2015**

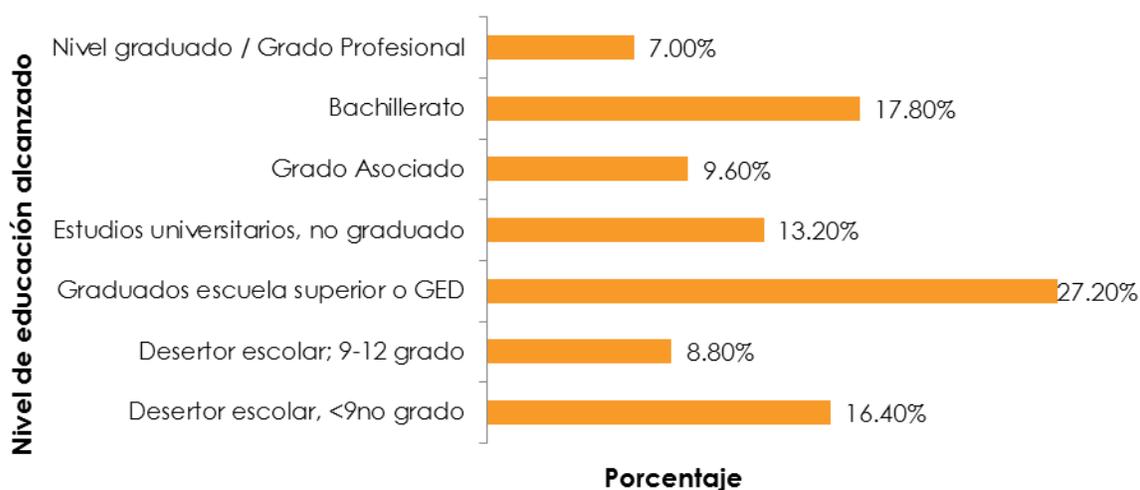


Fuente: Negociado del Censo de los EE.UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico del 2015.

## EDUCACIÓN

De acuerdo con los datos de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico 2015, un 27.18% de las personas mayores de 25 años (n=2,382,526) se había graduado de escuela superior o tenía un certificado de equivalencia de escuela superior (GED, por sus siglas en inglés), mientras que un 25.20% eran desertores escolares (Figura 4). El porcentaje de deserción escolar en Puerto Rico es dos veces el nivel de deserción escolar comparado con EE.UU. Además, la mayoría de la deserción escolar en Puerto Rico ocurre antes de llegar a la escuela superior a diferencia de la nación americana.

**Figura 4: Distribución de la población general >25 años según el nivel de educación alcanzada, Puerto Rico, 2015**



Fuente: Negociado del Censo de los EE.UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, 2015.

A medida que el nivel de escolaridad aumenta, se reduce la proporción de nivel de pobreza (Figura 5).

**Figura 5. Nivel de pobreza de la población >25 años según el nivel de educación alcanzada, Puerto Rico, 2015**

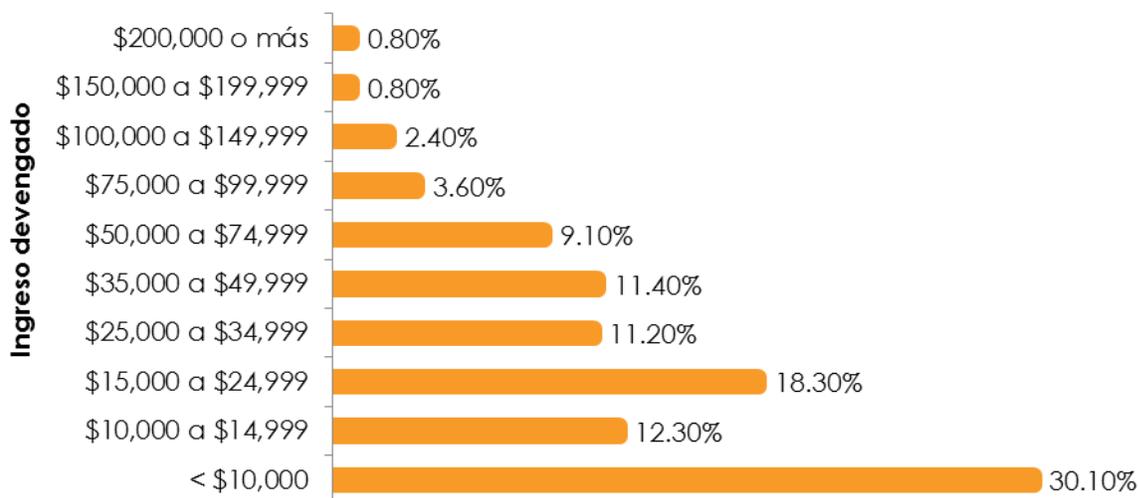


Fuente: Negociado del Censo de los EE.UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, 2015.

## INGRESO

El ingreso mediano del hogar ajustado por la inflación para 2015 fue de \$18,626 dólares y el ingreso mediano familiar fue de \$22,428. Comparado con los ingresos a nivel nacional, observamos que ambos ingresos son notablemente menores en comparación con EE.UU. En EE.UU., el ingreso mediano del hogar fue de \$55,775 mientras que el ingreso mediano de familia fue de \$68,260 (datos no mostrados). La mayoría de los hogares puertorriqueños devenga ingresos por debajo de 10,000 anuales (Figura 6).

Figura 6: Ingreso mediano del hogar de la población general, Puerto Rico, 2015



Fuente: Negociado del Censo de los EE.UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, 2015

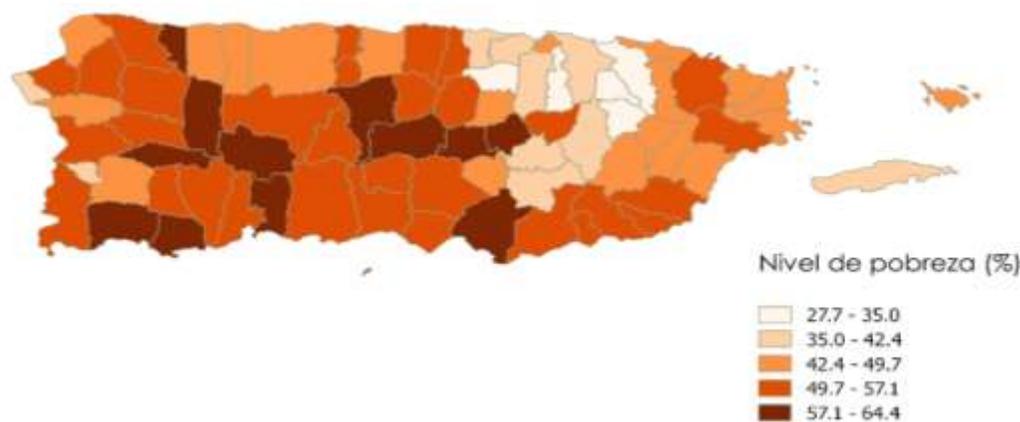
## NIVEL DE POBREZA

Para el 2015, el 46.1% de los individuos residiendo en Puerto Rico se encontraban viviendo bajo el nivel de pobreza federal durante los pasados doce meses, siendo este porcentaje 2.9 veces mayor que el porcentaje de individuos bajo el nivel de pobreza a nivel de EE.UU.

De acuerdo con los estimados de 2014<sup>3</sup> de la Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, la mayoría de los municipios del área central y oeste tiene sobre el 50% de sus habitantes viviendo por debajo del nivel de pobreza federal (Figura 7), mientras que la mayoría de los municipios que componen la zona metropolitana tiene los niveles de pobreza más bajos.

<sup>3</sup> Se utilizan los datos de 2014 por municipio, ya que la información aún no está disponible para 2015.

**Figura 7: Porcentaje de individuos bajo el nivel de pobreza por municipio de residencia, 2010 – 2014**



Fuente: Negociado del Censo de los EE.UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, 2010 – 2014.

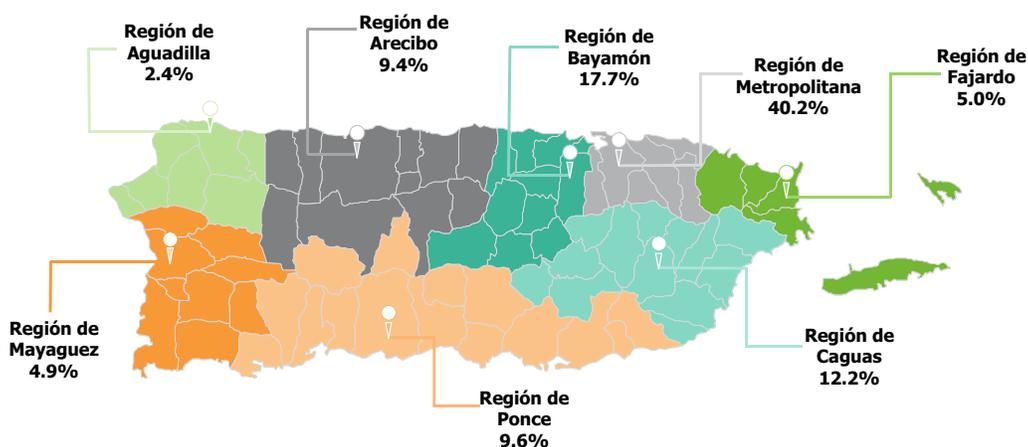
## B-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Esta sección presenta las características y tendencias de los nuevos diagnósticos y personas viviendo con VIH en la jurisdicción, del 2007 al 2013. Sin embargo, en aquellas instancias donde la información del 2014 esté disponible, se presenta el dato para ese año.

### DESCRIPCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH EN EL 2014

Un total de 597 casos de infección por el VIH fueron diagnosticados en adultos y adolescentes durante el año 2014. La tasa de diagnósticos cruda de adultos y adolescentes fue de 19.76 por cada 100,000 habitantes de Puerto Rico. La tasa de diagnósticos de VIH en los hombres fue 4 veces mayor que la tasa de diagnósticos de VIH en las mujeres (Tabla 3).

**Figura 8: Por ciento de nuevos diagnósticos de VIH por región de salud, Puerto Rico, 2014**



En el año 2014, 191 personas entre las edades de 20 a 29 años fueron diagnosticadas con VIH, lo que equivale al 31.99% del total de casos diagnosticados en ese año. La tasa de diagnósticos aumenta conforme aumenta el grupo de edad hasta llegar al punto máximo entre las personas de 25 a 29 años, disminuye entre las personas de 30 a 34 años y luego aumenta entre las personas de 35 a 39 años (Tabla 3).

**Tabla 3: Características demográficas de adultos y adolescentes ≥ 13 años diagnosticados con la infección del VIH, Puerto Rico, 2014**

Características demográficas	Número	%	Tasa de diagnósticos de VIH (x100.000 habitantes)
<b>Sexo</b>			
Hombres	469	78.56	27.60
Mujeres	128	21.44	6.92
<b>Grupo de edad</b>			
13 – 19	22	3.69	6.32
20 – 24	102	17.08	39.34
25 – 29	89	14.91	39.52
30 – 34	58	9.72	26.07
35 – 39	70	11.72	31.10
40 – 44	71	11.89	31.33
45 – 49	60	10.05	26.09
50 – 54	41	6.87	17.53
55 – 59	41	6.87	18.27
60 – 64	25	4.19	11.94
≥ 65 años	18	3.01	2.92
<b>Total</b>	<b>597</b>	<b>100.00</b>	<b>19.76</b>

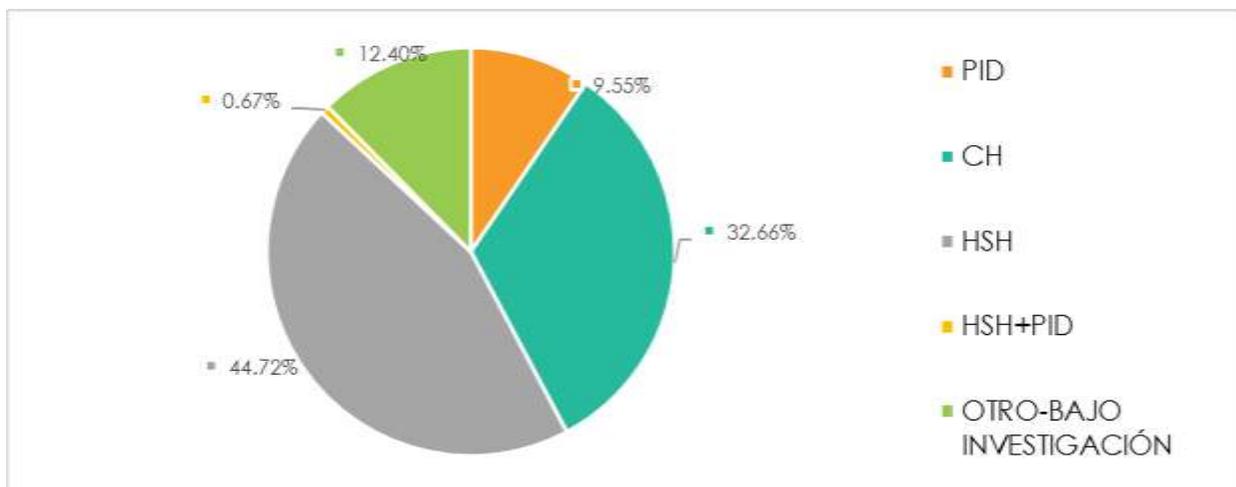
La distribución de diagnósticos nuevos de VIH por edad y sexo muestra al grupo de hombres entre 25 a 29 años y mujeres entre 35 a 39 años, con la tasa más alta en el año 2014. Comparado con las mujeres, la tasa de diagnósticos nuevos de VIH es en promedio 12 veces mayor en hombres entre las edades de 20 a 29 años y cinco veces mayor en hombres de 60 años en adelante (Tabla 4).

**Tabla 4: Distribución y tasa de diagnósticos nuevos con la infección del VIH por grupo de edad y sexo de adultos / adolescentes ≥13 años, Puerto Rico, 2014**

Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres		
	%	Tasa de diagnóstico VIH (x100,000 habitantes)	No.	%	Tasa de diagnóstico VIH (x100,000 habitantes)	
13 – 19	3.41	8.91	6	4.69	3.56	
20 – 24	19.83	71.03	9	7.03	7.01	
25 – 29	17.70	74.68	6	4.69	5.26	
30 – 34	9.17	40.32	15	11.72	12.96	
35 – 39	10.23	44.56	22	17.19	18.74	
40 – 44	10.66	45.97	21	16.41	17.81	
45 – 49	8.96	38.49	18	14.06	14.90	
50 – 54	6.61	28.53	10	7.81	7.98	
55 – 59	5.97	27.17	13	10.16	10.71	
60 – 64	4.48	22.12	4	3.12	3.50	
≥ 65	2.98	5.23	4	3.12	1.15	
<b>Total</b>	<b>100.00</b>	<b>27.60</b>	<b>128</b>	<b>100.00</b>	<b>6.92</b>	

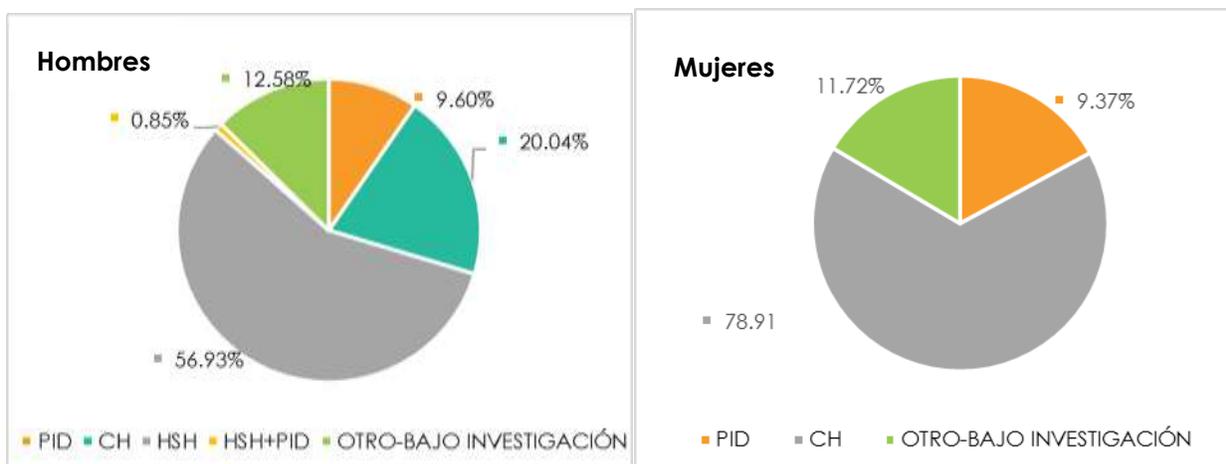
El sexo sin protección entre los HSH fue el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia en Puerto Rico en el año 2014, seguido por el contacto heterosexual sin protección, 44.72% y 32.66%, respectivamente (Figura 9).

**Figura 9: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH por modo de exposición en adultos y adolescentes  $\geq 13$  años, Puerto Rico, 2014**



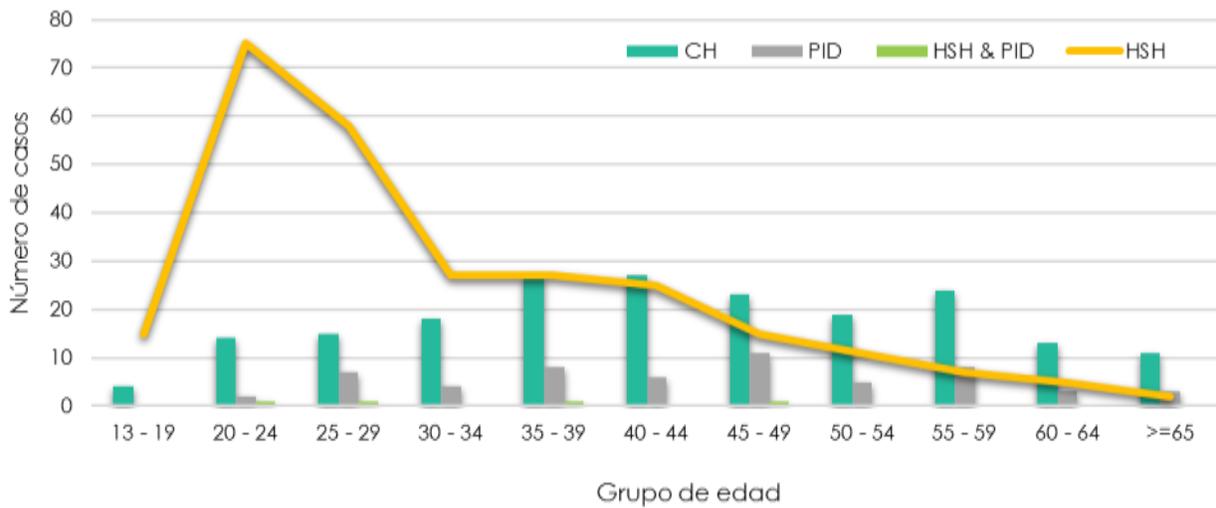
Entre los hombres, el sexo entre hombres sin protección (56.93%) y el contacto heterosexual sin protección (20.04%) fueron los modos de transmisión principales en el 2014, mientras que el contacto heterosexual sin protección (78.91%) fue el modo de exposición reportado con mayor frecuencia en mujeres (Figura 10).

**Figura 10: Distribución de diagnósticos nuevos con la infección del VIH de adultos y adolescentes  $\geq 13$  años por modo de transmisión y sexo, Puerto Rico, 2014**



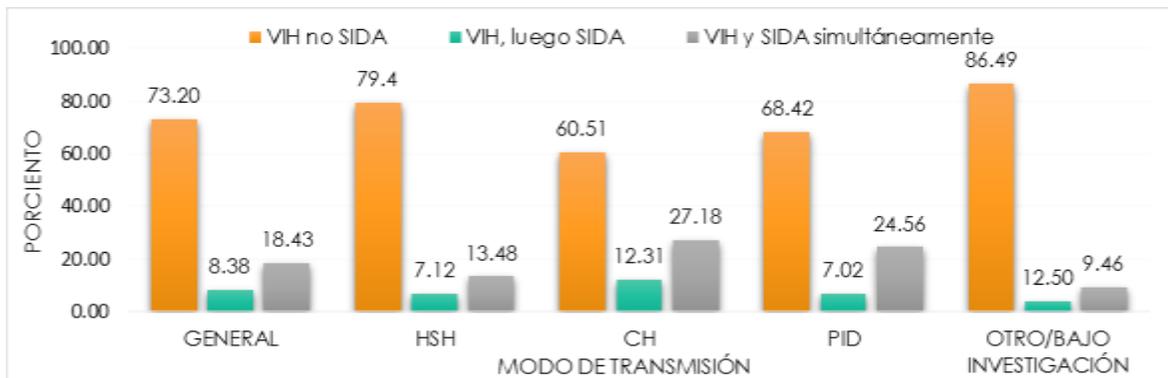
El sexo entre hombres sin protección es el modo de transmisión principal entre los adolescentes y adultos entre los 13 a 44 años, mientras que el modo de transmisión principal entre las personas diagnosticadas con el VIH a partir de los 45 años es el contacto heterosexual sin protección (Figura 11).

**Figura 11: Distribución de diagnósticos nuevos con la infección del VIH de adultos y adolescentes  $\geq 13$  años por modo de transmisión y edad del diagnóstico, Puerto Rico, 2014**



Aproximadamente, uno de cada 5 adultos y adolescentes  $\geq 13$  años que fueron diagnosticados con la infección del VIH durante el año 2014, se encontraban en la etapa más avanzada de la infección (SIDA). La proporción fue mayor entre las personas heterosexuales (27.18%) que en las PID (24.56%) (Figura 12).

**Figura 12: Distribución de diagnósticos nuevos con la infección del VIH de adultos y adolescentes  $\geq 13$  años por Categoría de progresión del VIH y modo de transmisión, Puerto Rico, 2014**



En el 2013, una de cada cinco personas diagnosticadas con la infección del VIH tenía el nivel de linfocitos CD4 menor de 200 células por  $\mu\text{L}$ , aumentando la probabilidad de complicaciones y de mortalidad prematura. Las PID tienen la proporción más alta de no tener una prueba de CD4 luego del diagnóstico (Tabla 5).

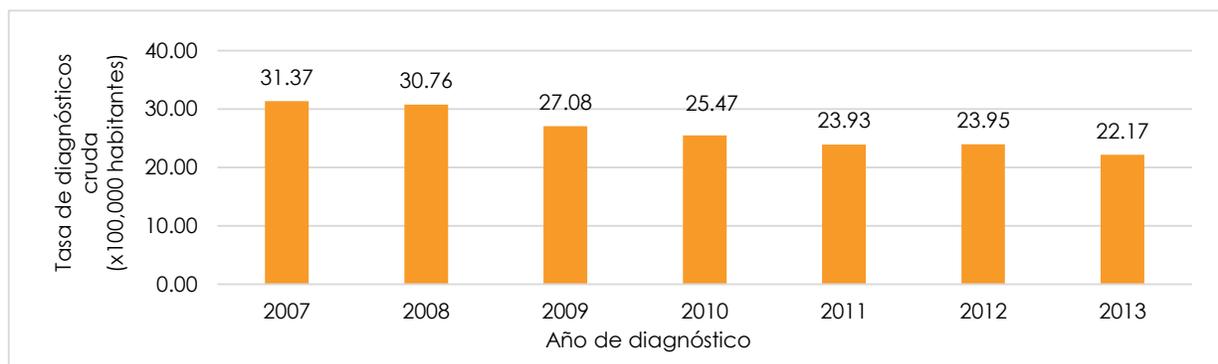
**Tabla 5: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH de adultos y adolescentes  $\geq 13$  años por nivel linfocitos CD4 y modo de transmisión, Puerto Rico, 2013**

Características demográficas/transmisión	Nivel linfocitos CD4 (primera prueba luego del diagnóstico)							
	<200 células por $\mu\text{L}$	200 – 499 células por $\mu\text{L}$	$\geq 500$ células por $\mu\text{L}$	Desconocido				
<b>Sexo</b>								
Hombres	116	22.57	151	29.38	130	25.29	117	22.76
Mujeres	33	20.12	39	23.78	49	29.88	43	26.22
<b>Grupo de edad</b>								
13 – 19	2	10.00	7	35.00	10	50.00	1	5.00
20 – 24	11	12.79	29	33.72	34	39.53	12	13.95
25 – 29	13	16.67	22	28.21	26	33.33	17	21.79
30 – 34	12	13.64	33	37.50	26	29.55	17	19.32
35 – 39	18	26.87	14	20.90	17	25.37	18	26.87
40 – 44	23	33.33	17	24.64	15	21.74	14	20.29
45 – 49	23	26.74	25	29.07	15	17.44	23	26.74
50 – 54	14	16.67	23	27.38	21	25.00	26	30.95
55 – 59	12	28.57	10	23.81	6	14.29	14	33.33
60 – 64	11	33.33	6	18.18	5	15.15	11	33.33
$\geq 65$ años	10	40.00	4	16.00	4	16.00	7	28.00
<b>Modo de transmisión</b>								
HSH	53	19.41	99	36.26	89	32.60	32	11.72
CH	65	28.76	53	23.45	61	26.99	47	20.80
PID	21	19.63	22	20.56	16	14.95	48	44.86
HSH y PID	3	18.75	4	25.00	7	43.75	2	12.50
Otro/bajo investigación	7	12.50	12	21.43	6	10.71	31	55.36
<b>Total</b>	149	21.98	190	28.02	179	26.40	160	23.60

### TENDENCIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH, 2007 – 2013

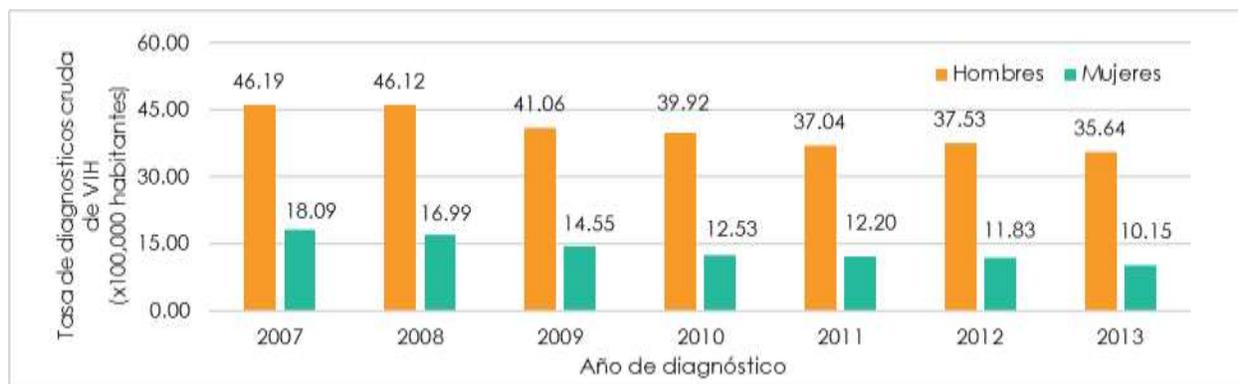
Durante el periodo 2007 – 2013, se diagnosticaron un total de 5,710 casos nuevos de VIH entre adultos y adolescentes. La tasa de diagnósticos de VIH presenta una disminución durante este periodo, sin embargo, en los últimos tres años la tasa se ha nivelado, posiblemente por la reducción de la población puertorriqueña. La tasa de diagnósticos de infección con el VIH se redujo un 29%, de 31.37 en 2007 a 22.17 en 2013 (Figura 13).

**Figura 13. Tendencia de los diagnósticos nuevos con la infección del VIH en adultos y adolescentes  $\geq 13$  años, Puerto Rico, 2007 – 2013**



La tasa de diagnósticos nuevos de infección por el VIH por sexo sin protección presenta una tendencia descendente durante el periodo 2007 – 2013. Sin embargo, la tasa de diagnósticos de VIH en hombres es aproximadamente tres veces mayor que la tasa de diagnósticos nuevos de VIH en mujeres (Figura 14).

**Figura 14: Tasa anual de diagnósticos de VIH por año de diagnóstico y sexo, Puerto Rico, 2007 – 2013**



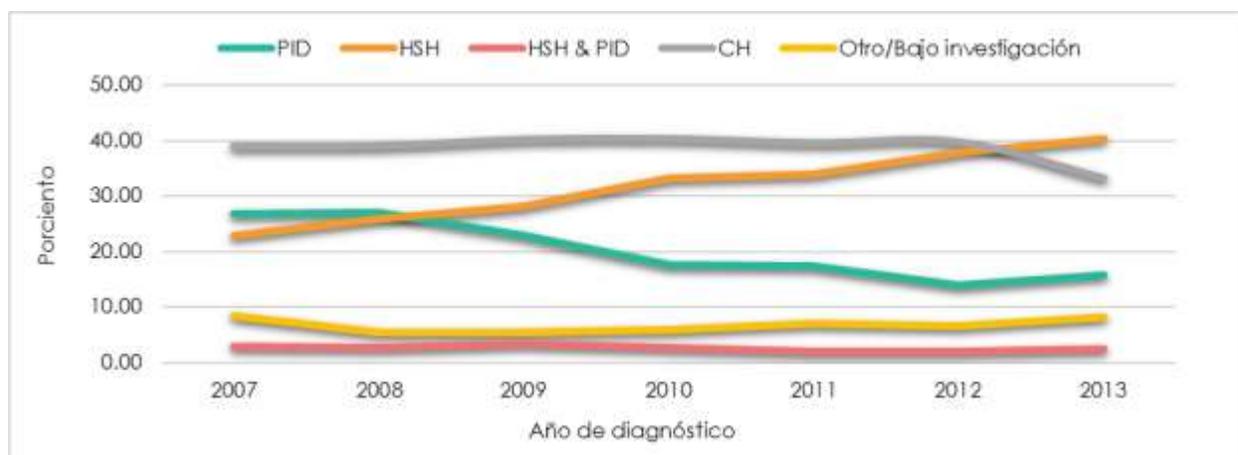
La tendencia de diagnósticos nuevos de VIH por grupo de edad muestra al grupo de personas de 35 a 44 años como el grupo de mayor diagnóstico durante el periodo 2007 – 2013. Sin embargo, desde el año 2011 el grupo de personas entre 25 a 34 años de edad tiene la tasa de diagnóstico más alta (Tabla 6).

**Tabla 6: Tendencia anual de los diagnósticos nuevos de VIH por grupo de edad, Puerto Rico, 2007 – 2013**

Grupo de edad	Tasa de diagnósticos (x 100,000 habitantes)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
13 – 19	6.36	8.14	4.49	7.11	5.49	5.91	5.50
20 – 24	31.83	28.59	28.67	27.60	28.70	38.44	32.49
25 – 29	45.40	43.25	37.38	38.50	40.44	41.41	34.42
30 – 34	46.73	45.73	50.68	44.32	36.39	38.01	37.81
35 – 39	56.34	54.30	47.34	38.13	32.71	29.69	29.03
40 – 44	58.04	60.37	52.65	47.06	38.61	38.69	29.75
45 – 49	53.00	51.57	40.34	43.15	41.90	39.58	36.27
50 – 54	40.93	36.32	32.29	27.52	36.54	30.09	35.67
55 – 59	22.81	21.11	23.32	18.78	22.24	16.83	18.61
60 – 64	13.85	18.69	9.34	16.97	10.20	10.84	15.77
≥ 65 años	6.74	7.35	6.60	5.17	4.79	6.53	4.17
<b>Total</b>	<b>31.37</b>	<b>30.76</b>	<b>27.08</b>	<b>25.47</b>	<b>23.93</b>	<b>23.95</b>	<b>22.17</b>

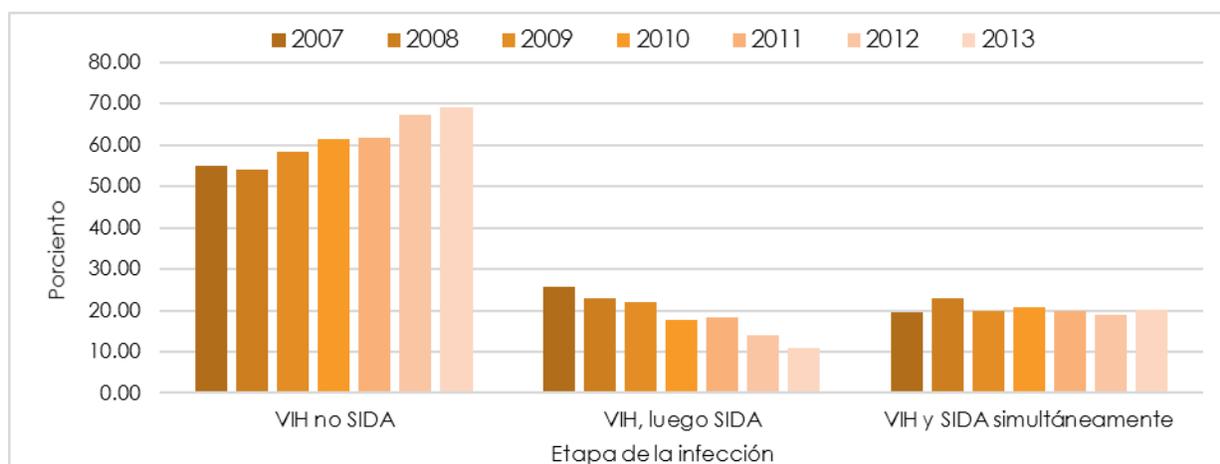
Durante el periodo 2007 – 2012, el contacto heterosexual sin protección cuenta con la tasa más alta de casos nuevos diagnosticados anualmente con el VIH. La proporción de casos atribuidos al sexo sin protección entre hombres aumentó durante el periodo 2007 – 2013 aproximadamente en un 75.69%, mientras que la proporción de PID y el contacto heterosexual presentaron una disminución de -41.17% y de -14.42%, respectivamente. En el 2013, sexo sin protección entre hombres, se convirtió en la categoría de transmisión principal entre los puertorriqueños (Figura 15).

**Figura 15. Tendencia de los diagnósticos de VIH por categoría de exposición en adultos y adolescentes ≥13 años, Puerto Rico, 2007 – 2013**



El diagnóstico temprano de la infección de VIH es una de las prioridades de la Estrategia Nacional del VIH. Aunque la proporción de personas que no progresan a la Etapa 3 de la infección de VIH aumentó durante el periodo 2007 – 2013, la proporción de personas que son diagnosticadas simultáneamente con la infección de VIH y de SIDA se mantuvo constante durante el periodo (Figura 16).

**Figura 16. Distribución porcentual de la etapa de progresión del VIH luego del diagnóstico, Puerto Rico, 2007 – 2013**



### CASOS DE VIH PEDIÁTRICO EN PUERTO RICO\*\*

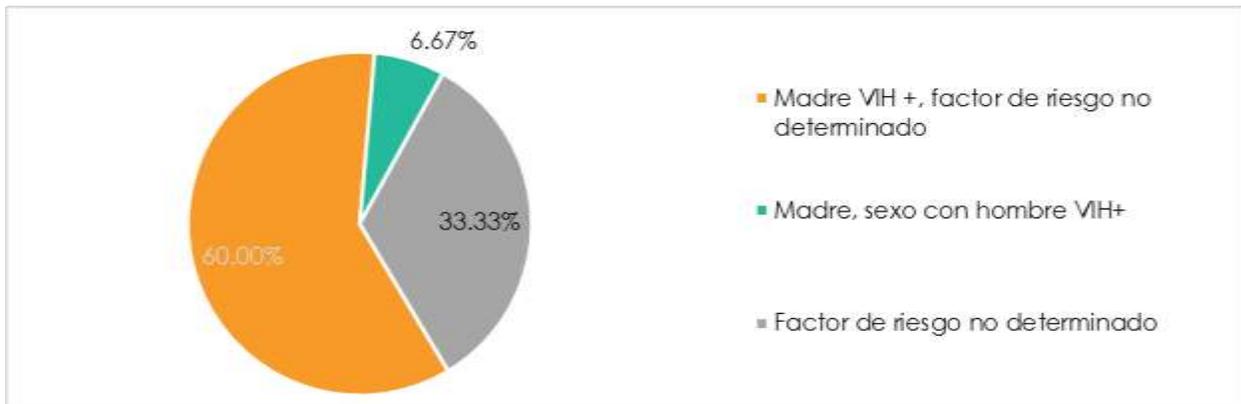
Durante el periodo 2007 - 2013 se diagnosticaron 15 casos nuevos de infección por el VIH en niños entre las edades de 0 a 12 años, menos de 1% del total de casos reportados en Puerto Rico (Tabla 7). De éstos, ocho (54.54%) son niños y siete (45.46%) son niñas (datos no mostrados). La tendencia descendente observada en los diagnósticos y las muertes de los casos de infección por el VIH expuesto a través de la madre se atribuye en parte a la disminución en el número de casos diagnosticados con VIH entre las mujeres, a la amplia utilización de las terapias antirretrovirales existentes en el mercado y la profilaxis disponible para tratar las infecciones oportunistas.

**Tabla 7. Distribución de los casos de infección por el VIH diagnosticados en niños de 0 a 12 años por año de diagnóstico, Puerto Rico, 2007 – 2013**

Año de diagnóstico	Número	Tasa de diagnósticos (x 100,000 habitantes)
2007	7	1.03
2008	3	0.46
2009	1	0.16
2010	3	0.48
2011	1	0.17
2012	0	0.00
2013	0	0.00
<b>Total 2007 - 2013</b>	<b>15</b>	<b>0.35</b>

Al analizar los datos por factor de riesgo de la madre durante el periodo 2007 – 2013, observamos que madres VIH positivas, representa la proporción mayor de diagnósticos de infección por el VIH en niños (60.00%). Una tercera parte de los casos pediátricos no se determinó la categoría de transmisión (Figura 17).

**Figura 17. Distribución de los casos de infección por el VIH diagnosticados en niños de 0 a 12 años por modo de exposición de la madre, Puerto Rico, 2007 – 2013**



\*\* Información presentada es por año de diagnóstico de VIH, no por año de nacimiento de infante (utilizado para determinar tasa de transmisión perinatal).

### CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH

De acuerdo a los datos más recientes publicados en diciembre de 2015, se identificaron un total de 18,892 personas viviendo con VIH en Puerto Rico. Los mapas y tablas de las próximas páginas, proveen un perfil de la población, su distribución geográfica, categorías de transmisión y etapa de la infección.

**Figura 18: Prevalencia de VIH por cada 100,000 habitantes, 2014**



Figura 19: Prevalencia de VIH y personas bajo niveles de pobreza<sup>4</sup>

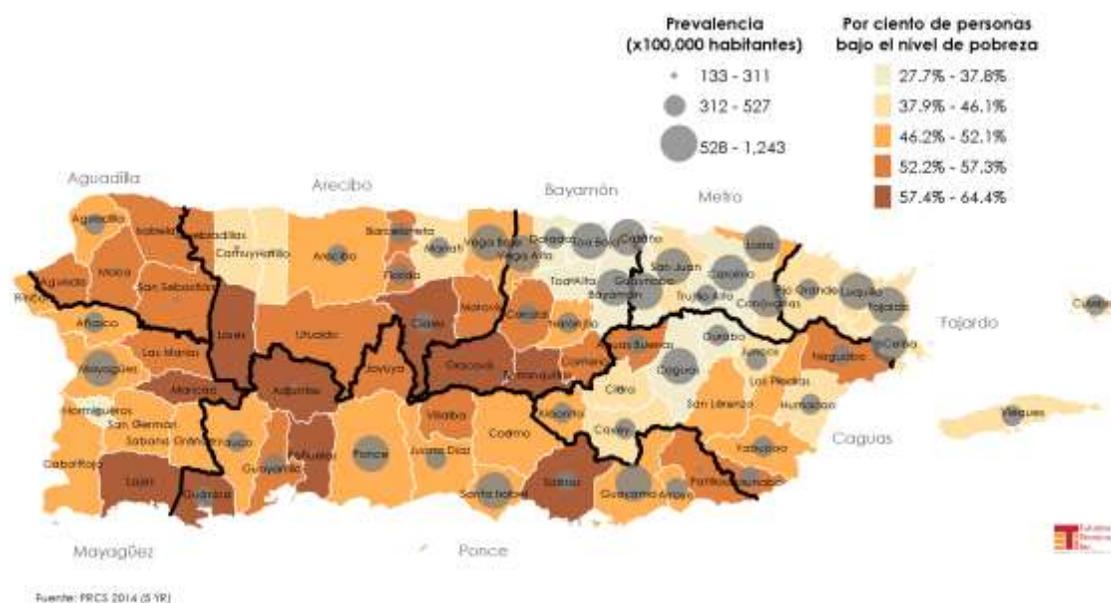


Tabla 8: Características de las personas viviendo con VIH a 2014

Características demográficas /exposición	Infección con el VIH, Etapas 0, 1, 2, desconocido (VIH no SIDA)			Infección con el VIH, Etapa 3 (SIDA)			VIH total		
	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>
<b>Sexo</b>									
Hombres	5,334	67.98	313.86	7,706	69.76	453.43	13,040	69.02	767.29
Mujeres	2,512	32.02	135.86	3,340	30.24	180.65	5,852	30.98	316.51
<b>Grupo de edad<sup>b</sup></b>									
0 – 12	7	0.09	1.33	1	0.01	0.19	8	0.04	1.52
13 – 24	293	3.74	48.22	104	0.94	17.12	397	2.10	65.33
25 – 34	1,183	15.08	264.26	527	4.77	117.72	1,710	9.05	381.98
35 – 44	1,950	24.85	431.65	1,629	14.75	360.59	3,579	18.95	792.24
45 – 54	2,448	31.20	527.74	4,096	37.08	883.02	6,544	34.64	1,410.76
55 – 64	1,400	17.84	322.77	3,306	29.93	762.21	4,706	24.91	1,084.98
65 o más	565	7.20	91.57	1,383	12.52	224.15	1,948	10.31	315.72
<b>Región de salud</b>									
Aguadilla	255	3.25	115.80	353	3.19	160.31	608	3.22	276.12
Arecibo	614	7.83	140.74	852	7.71	195.30	1,466	7.76	336.04
Bayamón	1,339	17.07	225.18	1,936	17.53	325.58	3,275	17.34	550.77
Caguas	998	12.72	174.13	1,330	12.04	232.06	2,328	12.32	406.19

<sup>4</sup> Para medir pobreza, el Negociado del Censo Federal utiliza un conjunto de umbrales de ingreso que varían según el tamaño de la familia y su composición (edades, jefatura del hogar). Si el ingreso total de la familia es menor que el umbral determinado para ese tipo de núcleo familiar, todo individuo en esa familia se considera pobre. Los umbrales se determinan en función de un estudio para determinar el costo de vida y el ingreso mínimo necesario para satisfacer necesidades básicas, como la vivienda y la alimentación.

Características demográficas /exposición	Infección con el VIH, Etapas 0, 1, 2, desconocido (VIH no SIDA)			Infección con el VIH, Etapa 3 (SIDA)			VIH total		
	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>	No.	%	Prevalencia <sup>a</sup>
Fajardo	278	3.54	214.52	382	3.46	294.77	660	3.49	509.29
Mayagüez	424	5.40	146.37	605	5.48	208.85	1,029	5.45	355.21
Metropolitana	3,057	38.96	396.63	3,792	34.33	492.00	6,849	36.25	888.63
Ponce	881	11.23	164.93	1,796	16.26	336.22	2,677	14.17	501.15
<b>Categoría de transmisión</b>									
<b>Hombres</b>									
PID	1,640	30.75	--	3,044	39.50	--	4,684	35.92	--
HSH	2,009	37.66	--	2,280	29.59	--	4,289	32.89	--
Contacto Heterosexual	1,033	19.37	--	1,608	20.87	--	2,641	20.25	--
HSH + PID	252	4.72	--	593	7.69	--	845	6.48	--
Otro	4	0.07	--	19	0.25	--	23	0.18	--
RBI adulto	331	6.21	--	62	0.80	--	393	3.01	--
Perinatal	51	0.96	--	86	1.12	--	137	1.05	--
Otro / RBI pediátrico	14	0.26	--	14	0.18	--	28	0.22	--
<b>Subtotal</b>	<b>5,334</b>	<b>67.98</b>	<b>313.86</b>	<b>7,706</b>	<b>69.76</b>	<b>453.43</b>	<b>13,040</b>	<b>69.02</b>	<b>767.29</b>
<b>Mujeres</b>									
Contacto Heterosexual	1,829	72.81	--	2,353	70.45	--	4,182	71.46	--
PID	455	18.11	--	853	25.54	--	1,308	22.35	--
Otro	2	0.08	--	5	0.15	--	7	0.12	--
RBI adulto	171	6.81	--	34	1.02	--	205	3.50	--
Perinatal	39	1.55	--	86	2.57	--	125	2.14	--
RBI pediátrico	16	0.64	--	9	0.27	--	25	0.43	--
<b>Subtotal</b>	<b>2,512</b>	<b>32.02</b>	<b>135.86</b>	<b>3,340</b>	<b>30.24</b>	<b>180.65</b>	<b>5,852</b>	<b>30.98</b>	<b>316.51</b>
<b>Total</b>	<b>7,846</b>	<b>100.00</b>	<b>221.11</b>	<b>11,046</b>	<b>100.00</b>	<b>311.30</b>	<b>18,892</b>	<b>100.00</b>	<b>532.41</b>

Notas: Datos no ajustados por el retraso en reporte. La columna de por ciento puede que no sume a 100 debido al redondeo.

a Prevalencia de personas diagnosticadas con el VIH por cada 100,000 habitantes.

b Según la edad actual calculada al 31 de diciembre del 2015.

## C-PERSONAS VIVIENDO CON VIH

La sección siguiente provee un trasfondo sobre la situación de las personas viviendo con VIH en Puerto Rico, así como otras tendencias que permiten contar con un cuadro sobre las necesidades de la población y aquellos grupos y poblaciones más afectados por la epidemia.

### PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS (PID)

Las personas que se inyectan drogas (PID) representaron el 20.24% de las personas diagnosticadas con el VIH en el periodo 2007 – 2013. Los hombres representaron el 82.57% del total de casos atribuidos al uso de drogas inyectables. La razón de hombre a mujer para este periodo fue de 4.5:1. La mayoría de los casos nuevos entre PID se diagnostican entre los 40 y 44 años de edad y en residentes de la Región Metropolitana (Tabla 9).

A diciembre del 2013, un total de 6,219 PID vivían con la infección del VIH. La mayoría son hombres (78.18%), entre los 50 y 54 años de edad (40.75%) y residentes de la Región Metropolitana (32.48%) (Tabla 9).

**Tabla 9. Distribución de diagnósticos de VIH y prevalencia de personas que se inyectan drogas por características demográficas selectas**

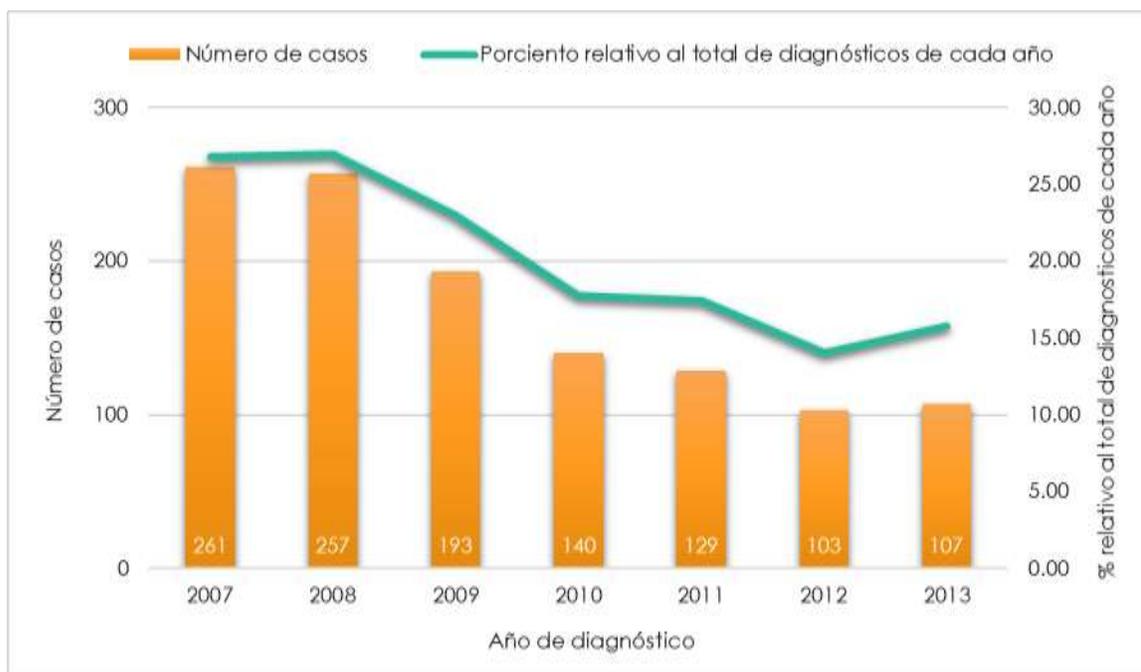
Características demográficas	Casos nuevos período 2007 – 2013		Casos prevalentes al 31 de diciembre del 2013	
	No.	%	No.	%
<b>Sexo</b>				
Hombres	973	81.76	4,862	78.18
Mujeres	217	18.24	1,357	21.82
<b>Grupo de edad **</b>				
13 – 19	9	0.76	0	0.00
20 – 24	56	4.71	10	0.16
25 – 29	139	11.68	52	0.84
30 – 34	159	13.36	228	3.67
35 – 39	184	15.46	599	9.63
40 – 44	191	16.05	751	12.08
45 – 49	182	15.29	1,070	17.21
50 – 54	141	11.85	1,346	21.64
55 – 59	83	6.97	1,081	17.38
60 – 64	28	2.35	641	10.31
≥ 65 años	18	1.51	441	7.09
<b>Región de salud</b>				
Aguadilla	54	4.54	198	3.18
Arecibo	111	9.33	451	7.25
Bayamón	229	19.24	1,214	19.52
Caguas	123	10.34	759	12.20
Fajardo	26	2.18	199	3.20
Mayagüez	51	4.29	280	4.50

Características demográficas	Casos nuevos periodo 2007 – 2013		Casos prevalentes al 31 de diciembre del 2013	
	No.	%	No.	%
Metropolitana	459	38.57	2,058	33.09
Ponce	137	11.51	1,060	17.04
<b>Total</b>	<b>1,190</b>	<b>100.00</b>	<b>6,219</b>	<b>100.00</b>

\*\*La edad de los casos nuevos representa la edad al momento de la primera prueba positiva de VIH. La edad de los casos prevalentes de infección por el VIH representa la edad al 31 de diciembre del 2013.

La tendencia de los diagnósticos nuevos de VIH entre PID presenta una tendencia descendente. Durante 2007 – 2013 la proporción de casos atribuidos al uso de drogas inyectables ha disminuido un 41.17% (Figura 20).

**Figura 20. Número y por ciento relativo de PID diagnosticados con el VIH, 2007 - 2013**



## CONTACTO HETEROSEXUAL

El contacto heterosexual sin protección representó la categoría de transmisión reportado con mayor frecuencia entre las personas diagnosticadas con la infección del VIH durante el periodo 2007 - 2013 (38.81%). Es la única categoría de transmisión donde las mujeres superan el número de diagnósticos comparado con los hombres. Sobre una tercera parte del total de casos nuevos diagnosticados durante el periodo 2007 - 2013 residían en la Región Metropolitana (Tabla 10).

Para diciembre del 2013, un total de 6,917 personas heterosexuales vivían con un diagnóstico de infección con el VIH en Puerto Rico. La mayoría son mujeres (61.36%), personas entre los 50 y 54 años de edad (18.66%) y residentes de la Región Metropolitana (36.20%) (Tabla 10).

**Tabla 10. Nuevos diagnósticos y prevalencia de heterosexuales diagnosticados con VIH por características demográficas, Puerto Rico, 2007-2013**

Características demográficas	Casos nuevos periodo 2007 – 2013		Casos prevalentes al 31 de diciembre del 2013	
	No.	%	No.	%
<b>Sexo</b>				
Hombres	987	44.54	2,673	38.64
Mujeres	1,229	55.46	4,244	61.36
<b>Grupo de edad **</b>				
13 – 19	56	2.53	4	0.06
20 – 24	168	7.58	59	0.85
25 – 29	179	8.08	174	2.52
30 – 34	224	10.11	331	4.79
35 – 39	237	10.69	489	7.07
40 – 44	308	13.90	757	10.94
45 – 49	328	14.80	1037	14.99
50 – 54	263	11.87	1291	18.66
55 – 59	165	7.45	1041	15.05
60 – 64	124	5.60	708	10.24
≥ 65 años	164	7.40	1026	14.83
<b>Región de salud</b>				
Aguadilla	57	2.57	190	2.75
Arecibo	197	8.89	594	8.59
Bayamón	425	19.18	1,201	17.36
Caguas	260	11.73	916	13.24
Fajardo	79	3.56	274	3.96
Mayagüez	97	4.38	364	5.26
Metropolitana	900	40.61	2,504	36.20
Ponce	201	9.07	874	12.64
<b>Total</b>	<b>2,216</b>	<b>100.00</b>	<b>6,917</b>	<b>100.00</b>

\*\*La edad de los casos nuevos representa la edad al momento de la primera prueba positiva de VIH. La edad de los casos prevalentes de infección por el VIH representa la edad al 31 de diciembre del 2013.

La tendencia observada del número de diagnósticos de infección por el VIH atribuido al contacto heterosexual sin protección es descendente, sin embargo, la proporción de diagnósticos relativos al total de casos anuales se mantuvo constante hasta el año 2012. En el año 2013 la proporción disminuyó un 15.98% (Figura 21).

**Figura 21. Número y porcentaje relativo de heterosexuales diagnosticados con la infección del VIH, 2007 - 2013**



### HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)

Durante el periodo 2007 - 2013 se diagnosticaron un total de 1,770 casos de infección por el VIH atribuido HSH sin protección, equivalentes al 31%. La distribución porcentual por grupo de edad de los casos diagnosticados con el VIH durante este periodo, muestra que el porcentaje mayor fue entre los 20 y 29 años de edad (35.20%). El cuarenta por ciento del total de diagnósticos durante este periodo residen en la Región Metropolitana (Tabla 11).

**Tabla 11. Nuevos diagnósticos y prevalencia de VIH en HSH por grupo de edad, Puerto Rico, 2007-2013**

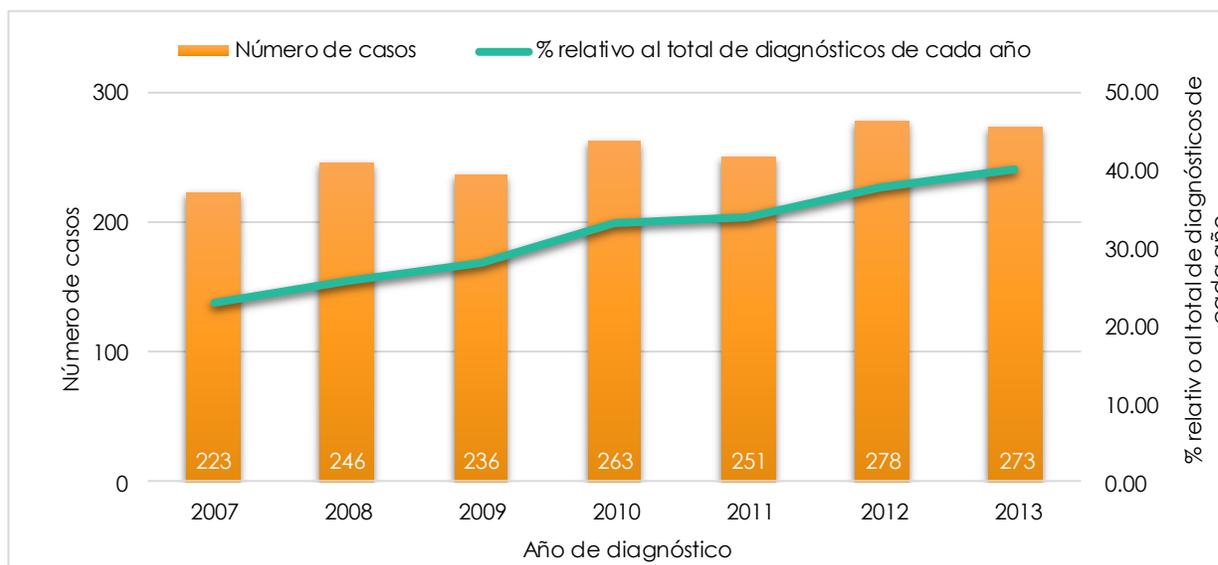
Características demográficas	Casos nuevos periodo 2007 – 2013		Casos prevalentes al 31 de diciembre del 2013	
	No.	%	No.	%
<b>Grupo de edad **</b>				
13 – 19	65	3.67	4	0.10
20 – 24	308	17.40	105	2.50
25 – 29	315	17.80	303	7.22
30 – 34	269	15.20	386	9.20
35 – 39	199	11.24	378	9.01
40 – 44	224	12.66	453	10.80
45 – 49	175	9.89	694	16.54
50 – 54	106	5.99	769	18.33
55 – 59	49	2.77	510	12.15
60 – 64	35	1.98	287	6.84
≥ 65 años	25	1.41	307	7.32

Características demográficas	Casos nuevos periodo 2007 – 2013		Casos prevalentes al 31 de diciembre del 2013	
	No.	%	No.	%
<b>Región de salud</b>				
Aguadilla	60	3.39	152	3.62
Arecibo	117	6.61	299	7.13
Bayamón	262	14.8	595	14.18
Caguas	241	13.62	468	11.15
Fajardo	67	3.79	129	3.07
Mayagüez	102	5.76	261	6.22
Metropolitana	713	40.28	1,743	41.54
Ponce	208	11.75	549	13.08
<b>Total</b>	<b>1,770</b>	<b>100.00</b>	<b>4,196</b>	<b>100.00</b>

\*\* La edad de los casos nuevos representa la edad al momento de la primera prueba positiva de VIH. La edad de los casos prevalentes de infección por el VIH representa la edad al 31 de diciembre del 2013.

La Figura 22 presenta el número en proporción al total de casos diagnosticados atribuido a sexo sin protección entre HSH con VIH. La tendencia observada en este grupo durante el periodo 2007 – 2013 es ascendente. De hecho, es el único grupo de riesgo que presenta un aumento en el número de infecciones. En el año 2013 se convirtió en la categoría de transmisión principal en Puerto Rico.

**Figura 22. Número y porcentaje relativo de HSH diagnosticados con el VIH, 2007 - 2013**

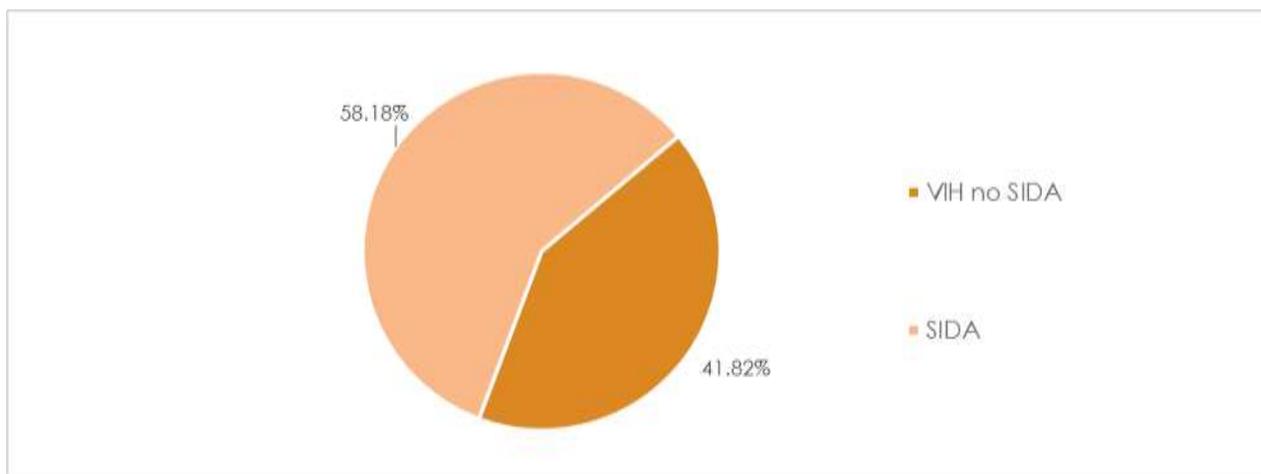


## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DIAGNOSTICADA CON LA INFECCIÓN DEL VIH QUE NO RECIBIÓ CUIDADO MÉDICO PRIMARIO EN EL 2013

Para determinar el número de personas con conocimiento de su infección clasificada bajo cuidado médico primario se utilizó el marco de trabajo desarrollado por la Universidad de California en San Francisco (UCSF). Se definió como “necesidad de cuidado primario no cubierta en el año 2013” la ausencia de uno o más de los siguientes componentes: prueba de carga viral, monitoreo de células CD4 y/o terapia antiretroviral.

Para diciembre del año 2013, un total de 19,055 personas vivían con un diagnóstico con la infección del VIH en Puerto Rico. De éstos, un 58.18% (n = 11,087) habían progresado a SIDA (Figura 23).

**Figura 23. Personas viviendo con VIH por etapa clínica de la infección, Puerto Rico: 2013**



De las 19,055 personas viviendo con la infección del VIH (PVCV) para diciembre del 2013, un 71.44% (n = 13,613) recibió cuidado médico primario, mientras que el restante 28.56% (n = 5,442) tuvo necesidad de cuidado médico primario no cubierta. Un porcentaje mayor de PVCV tuvo necesidad no cubierta de cuidado médico primario, comparado con las personas viviendo con SIDA (PVCS), 35.09% vs. 25.32%, respectivamente (Tabla 12).

**Tabla 12. Estimado del número de personas viviendo con un diagnóstico con la infección del VIH que no recibió cuidado médico primario durante el año calendario 2013**

Tamaño de la población	Número	Fuente de datos
A. Número de personas viviendo con SIDA para diciembre de 2013	11,087	Vigilancia de VIH/SIDA
B. Número de personas viviendo con VIH no SIDA para diciembre de 2013	7,968	Vigilancia de VIH/SIDA
<b>Personas que recibieron cuidado médico primario</b>	<b>Número</b>	<b>Fuente de datos</b>
C. Número de personas viviendo con SIDA que recibieron cuidado médico primario en el 2013	7,905	Seguro de Salud de Puerto Rico, proveedores de servicio de Ryan White Parte A, B, C, D e eHARS
D. Número de personas viviendo con VIH que recibieron cuidado médico primario en el 2013	5,708	Seguro de Salud de Puerto Rico, proveedores de servicio de Ryan White Parte A, B, C, D e eHARS
<b>Personas que no recibieron cuidado médico primario</b>	<b>Número</b>	<b>Resultados</b>
E. Número de PVCS que no recibieron cuidado médico primario en el 2013	3,182 (28.70%)	= 11,087 – 7,905
F. Número de PVCV que no recibieron cuidado médico primario en el 2013	2,260 (28.36%)	= 7,968 – 5,708
G. Total de personas conscientes de su infección que no recibieron cuidado médico primario en el 2013	5,442 (28.56%)	= 3,182 + 2,260

La Tabla 13 presenta las características demográficas y categoría de exposición de adolescentes y adultos viviendo con VIH y SIDA clasificados en la categoría de necesidad de cuidado médico primario no cubierta en Puerto Rico para el año 2013. Se debe tener mucha precaución al interpretar los datos debido a que no se incorpora la información sobre personas que accedieron servicios de cuidado médico primario a través de seguros médicos privados, Medicare y/o ensayos clínicos. Por lo tanto, el número de personas que tuvo una necesidad de cuidado médico primario no cubierta durante el año 2013 están sobreestimados.

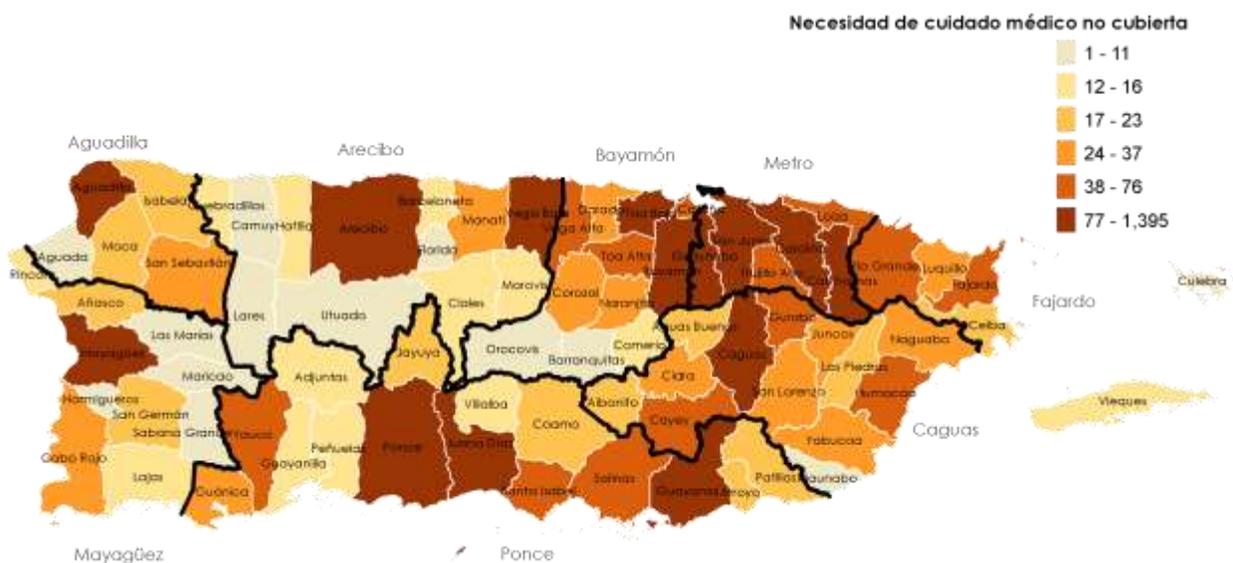
La distribución de personas viviendo con VIH y SIDA clasificadas en la categoría de necesidad de cuidado médico primario no cubierta difiere según la etapa clínica de la infección. Por ejemplo, la proporción de hombres viviendo con SIDA fuera de cuidado médico primario durante el año 2013 es mayor comparado con los hombres viviendo con VIH, 73.32% y 71.73%, respectivamente. Además, una proporción mayor de personas viviendo con SIDA fuera de cuidado médico primario tenían 55 años o más, comparado con las personas viviendo con VIH, 42.74% y 19.16%.

La población PID representó la mayoría de los pacientes viviendo con el VIH cuya necesidad de cuidado médico primario no fue cubierta durante el año 2013, 47.81%. La mayoría de los casos de VIH y SIDA cuya necesidad de cuidado médico primario no fue cubierta en el año 2013 residían en la Región Metropolitana (38.02%).

**Tabla 13. Características de las personas viviendo con un diagnóstico de infección con el VIH que no recibieron cuidado médico primario durante el año 2013**

Características demográficas/exposición	PVCV n = 2,260		PVCS n = 3,182		Total n = 5,442	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Sexo</b>						
Hombres	1,621	71.73	2,333	73.32	3,954	72.66
Mujeres	639	28.27	849	26.68	1,488	27.34
<b>Total</b>	<b>2,260</b>	<b>100.00</b>	<b>3,182</b>	<b>100.00</b>	<b>5,442</b>	<b>100.00</b>
<b>Edad</b>						
0 - 12	1	0.04	0	0.00	1	0.02
13 - 24	55	2.43	31	0.97	86	1.58
25 - 34	373	16.50	98	3.08	471	8.65
35 - 44	714	31.59	389	12.23	1,103	20.27
45 - 54	684	30.27	1,304	40.98	1,988	36.53
55 - 64	315	13.94	933	29.32	1,248	22.93
65 o más	118	5.22	427	13.42	545	10.01
<b>Total</b>	<b>2,260</b>	<b>100.00</b>	<b>3,182</b>	<b>100.00</b>	<b>5,442</b>	<b>100.00</b>
<b>Categoría de transmisión (adultos y adolescentes)</b>						
HSH	283	12.61	423	13.57	706	13.17
PID	914	40.73	1,649	52.90	2,563	47.81
HSH & PID	63	2.81	192	6.16	255	4.76
Contacto Heterosexual	720	32.09	809	25.95	1,529	28.52
Otro/ hemofilia/ transfusión	1	0.04	14	0.45	15	0.28
RNR / Bajo investigación	263	11.72	30	0.96	293	5.47
<b>Total</b>	<b>2,244</b>	<b>100.00</b>	<b>3,117</b>	<b>100.00</b>	<b>5,361</b>	<b>100.00</b>
<b>Categoría de transmisión (casos pediátricos)</b>						
Transmisión perinatal	12	75.00	63	96.92	75	92.59
RNR / Bajo investigación	4	25.00	2	3.08	6	7.41
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.00</b>	<b>65</b>	<b>100.00</b>	<b>81</b>	<b>100.00</b>
<b>Región de salud</b>						
Aguadilla	92	4.07	101	3.17	193	3.55
Arecibo	131	5.80	190	5.97	321	5.90
Bayamón	408	18.05	507	15.93	915	16.81
Caguas	245	10.84	334	10.50	579	10.64
Fajardo	73	3.23	114	3.58	187	3.44
Mayagüez	127	5.62	134	4.21	261	4.80
Metropolitana	868	38.41	1,201	37.74	2,069	38.02
Ponce	316	13.98	601	18.89	917	16.85
<b>Total</b>	<b>2,260</b>	<b>100.00</b>	<b>3,182</b>	<b>100.00</b>	<b>5,442</b>	<b>100.00</b>

**Figura 24: Distribución geográfica de las personas viviendo con un diagnóstico con la infección del VIH con necesidad de cuidado médico no cubierta, Puerto Rico, 2013**



Fuente: Perfil Epidemiológico Integrado para la Prevención del VIH en Puerto Rico: 2007 – 2013, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud

### CO-MORBILIDAD CON TUBERCULOSIS

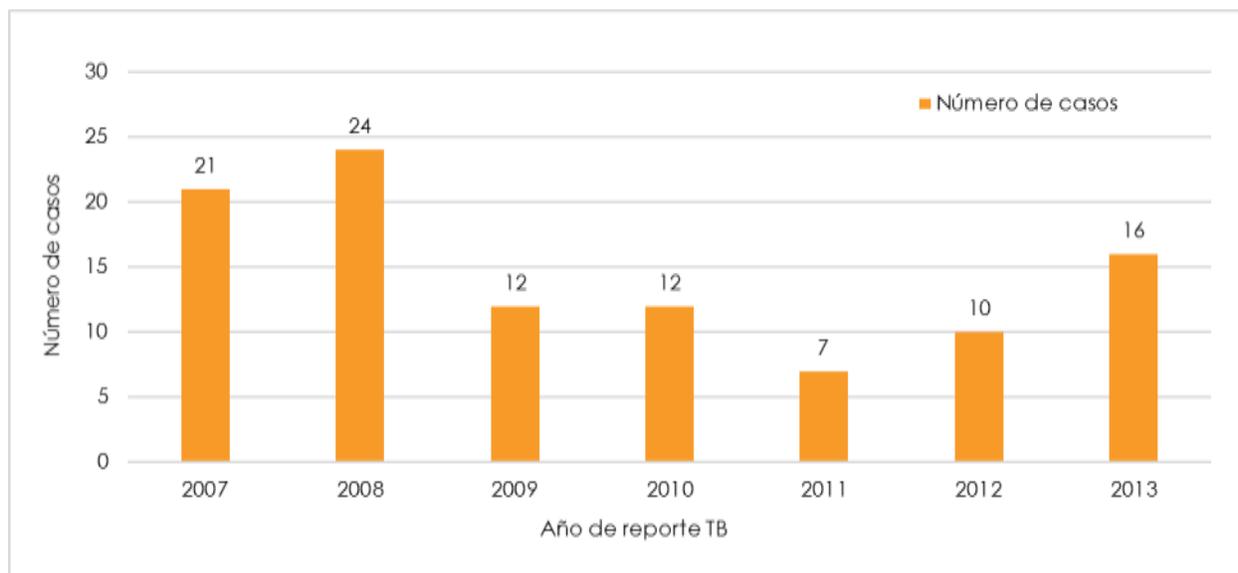
Durante el periodo 1981-2013 se reportaron al Sistema de Vigilancia 1,302 casos de co-infección de VIH y tuberculosis (TB). La distribución de casos acumulados indica que el porcentaje mayor de personas reportadas con TB son los hombres, personas diagnosticadas con el VIH entre los 30 - 34 años de edad, PID que residían en la Región Metropolitana al momento del diagnóstico del VIH (Tabla 14).

**Tabla 14. Distribución de características demográficas/exposición de personas co-infectadas con VIH/TB por año de reporte de tuberculosis, 1981-2013**

Características demográficas/ transmisión	2007 - 2013		Total acumulado 1981 - 2013	
	Número	%	Número	%
<b>Sexo</b>				
Hombres	79	77.45	1,042	80.03
Mujeres	23	22.55	260	19.97
<b>Grupo de edad al momento del diagnóstico de VIH</b>				
0 – 12	0	0.00	3	0.23
13 – 19	2	1.96	15	1.15
20 – 24	8	7.84	90	6.91
25 – 29	17	16.67	241	18.51
30 – 34	15	14.71	291	22.35
35 – 39	14	13.73	227	17.43
40 – 44	9	8.82	186	14.29
45 – 49	22	21.57	119	9.14
50 – 54	6	5.88	46	3.53
55 – 59	5	4.9	45	3.46
60 – 64	1	0.98	20	1.54
≥ 65 años	3	2.94	19	1.46
<b>Región de Salud</b>				
Aguadilla	1	0.98	26	2.00
Arecibo	6	5.88	67	5.15
Bayamón	22	21.57	257	19.74
Caguas	11	10.78	136	10.45
Fajardo	2	1.96	25	1.92
Mayagüez	1	0.98	48	3.69
Metropolitana	50	49.02	588	45.16
Ponce	9	8.82	155	11.90
<b>Categoría de transmisión</b>				
HSH	7	6.86	131	10.06
CH	28	27.45	237	18.20
PID	60	58.82	802	61.60
HSH y PID	5	4.90	114	8.76
Otro/bajo investigación	2	1.96	15	1.15
Transmisión perinatal/Otro	0	0.00	3	0.23
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>100.00</b>	<b>1,302</b>	<b>100.00</b>

La proporción mayor de casos de co-infección ocurrió en personas diagnosticadas con el VIH entre los 45 y 49 años (Tabla 14). Durante el periodo 2007 – 2013 se reportaron un total de 102 casos de co-infección VIH/TB. La tendencia durante este periodo varía. En el año 2008 se reportó el número mayor de casos. El número de casos de co-infección presenta un aumento durante el periodo 2011 – 2013, (Figura 25).

**Figura 25. Distribución de casos de co-infección VIH/TB de personas diagnosticadas con el VIH por año de reporte de tuberculosis, 2007 - 2013**



## TENDENCIAS DE MORTALIDAD DE PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CON EL VIH

Durante 1981 a 2013, han sido reportadas un total de 25,194 muertes de personas viviendo con VIH al Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA. Desde el 1994 se ha observado una tendencia descendente en el número de muertes. La mayoría de las muertes ocurrieron entre los hombres, residentes de la Región Metropolitana y PID (Tabla 15).

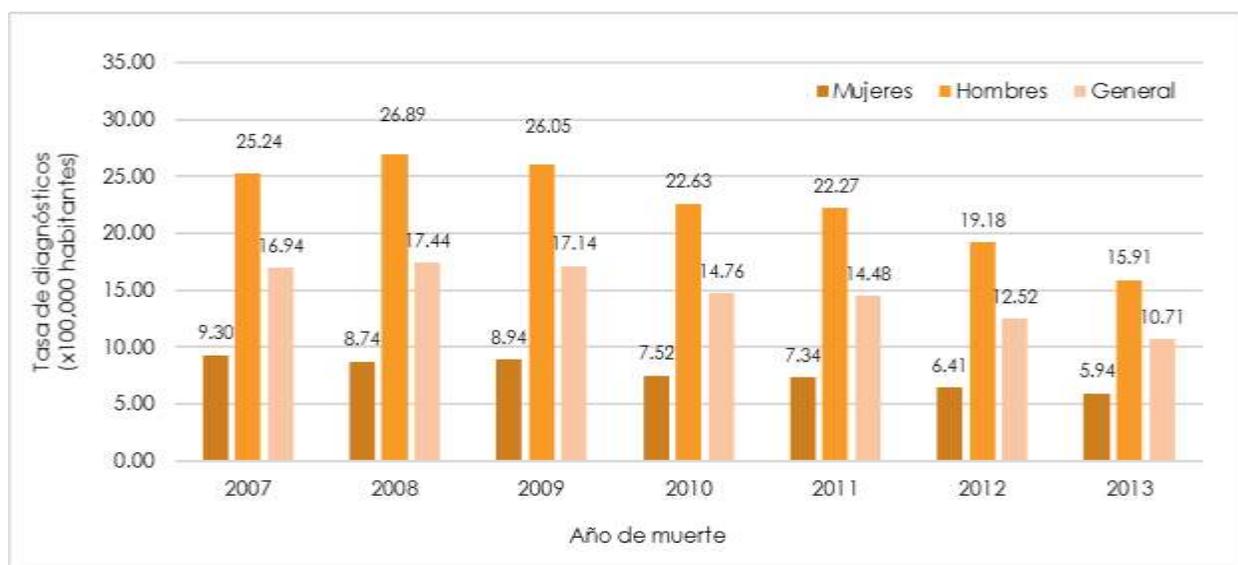
**Tabla 15. Muertes de personas viviendo con un diagnóstico de infección con el VIH, 1981-2013**

	2007 - 2013		Total acumulado 1981 - 2013	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento
<b>Sexo</b>				
Hombres	2,817	72.87	19,477	77.31
Mujeres	1,049	27.13	5,717	22.69
<b>Grupo de edad al momento de muerte</b>				
0 – 12	2	0.05	231	0.92
13 – 19	18	0.47	82	0.33
20 – 24	30	0.78	505	2.00
25 – 29	103	2.66	2,134	8.47
30 – 34	232	6.00	4,049	16.07

	2007 - 2013		Total acumulado 1981 - 2013	
	Número	Por ciento	Número	Por ciento
35 – 39	358	9.26	4,969	19.72
40 – 44	568	14.69	4,464	17.72
45 – 49	752	19.45	3,311	13.14
50 – 54	669	17.30	2,222	8.82
55 – 59	429	11.10	1,270	5.04
60 – 64	308	7.97	845	3.35
≥ 65 años	397	10.27	1,112	4.41
<b>Región de Salud</b>				
Aguadilla	137	3.54	786	3.12
Arecibo	332	8.59	18,55	7.36
Bayamón	689	17.82	4,260	16.91
Caguas	481	12.44	2,995	11.89
Fajardo	153	3.96	835	3.31
Mayagüez	226	5.85	1,250	4.96
Metropolitana	1,328	34.35	9,280	36.83
Ponce	520	13.45	3,933	15.61
<b>Categoría de transmisión</b>				
HSH	506	13.09	3,754	14.90
CH	1,230	31.82	5,808	23.05
PID	1,766	45.68	13,042	51.77
HSH y PID	230	5.95	1,818	7.22
Otro/bajo investigación	105	2.72	470	1.87
Transmisión perinatal/Otro	29	0.75	302	1.20
<b>Total</b>	<b>3,866</b>	<b>100.00</b>	<b>25,194</b>	<b>100.00</b>

Durante el periodo 2007 – 2013 se reportaron un total de 3,866 defunciones de personas viviendo con el VIH/SIDA. De éstas, 2,817 muertes ocurrieron en el grupo de los hombres (72.87%) y 1,049 muertes ocurrieron en el grupo de las mujeres (27.13%). La tasa de mortalidad de personas diagnosticadas con el VIH en el año 2007 fue de 16.94 por cada 100,000 habitantes, mientras que en el año 2013 la misma disminuyó a 10.71 por cada 100,000 habitantes. Durante el periodo 2007 – 2013 se observó una tendencia descendente en las tasas de mortalidad de VIH en hombres y mujeres, sin embargo, anualmente más hombres mueren a causa de la infección que las mujeres. La tasa de mortalidad de hombres diagnosticados con la infección del VIH fue aproximadamente tres veces mayor en comparación con la tasa de mortalidad de mujeres diagnosticadas con la infección (Figura 26).

**Figura 26. Tendencias de mortalidad de personas con un diagnóstico de infección con el VIH por sexo, Puerto Rico, 2007 - 2013**



De acuerdo con las estadísticas del Departamento de Salud, la infección con el VIH ocupó la decimosexta posición entre las principales causas de muerte en Puerto Rico para el año 2015. La infección con el VIH causó 197 muertes, equivalentes al 0.7% del total de muertes registradas en ese año (Tabla 16).

**Tabla 16. Primeras diecisiete causas de muerte en Puerto Rico, 2015**

Causa principal de muerte *	Número	%	Tasa ajustada**
Tumores malignos	5,185	18	113
Enfermedades del Corazón	5,016	18	107.7
Diabetes mellitus	2,951	10	63.3
Enfermedad de Alzheimer	2,131	7.5	44.9
Enfermedades cerebrovasculares	1,310	4.6	28.1
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1,015	3.6	21.8
Accidentes	934	3.3	23.3
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	799	2.8	17.3
Septicemia	725	2.6	15.9
Neumonía e influenza	636	2.2	13.7
Homicidios	592	2.1	18
Enfermedades hipertensivas y enfermedades renales hipertensas	481	1.7	10.2
Enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	250	0.9	5.5
Lesión auto infligida intencionalmente (Suicidio)	229	0.8	6.1
Anemias	212	0.7	4.5

<b>Causa principal de muerte *</b>		<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Tasa ajustada**</b>
(VIH)	Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana	197	0.7	5.3
	Neumonitis debido a sólidos y líquidos	184	0.6	3.9
<b>Total</b>		<b>28,335</b>		<b>629.4</b>

Fuente: Registro Demográfico y Estadísticas Vitales, Departamento de Salud

<sup>1</sup> Estos datos están sujetos a cambios debido al proceso de investigación del Instituto de Ciencias Forenses

Población Estimada para calcular las tasas ajustadas del Negociado del Censo Federal al 1 de julio de 2016

Codificación Según Décima de Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10, por sus siglas en inglés)

<sup>2</sup>Tasa ajustadas por cada 100,000 habitantes.

Fecha del Archivo: 27 de julio de 2016

## D-INDICADORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH

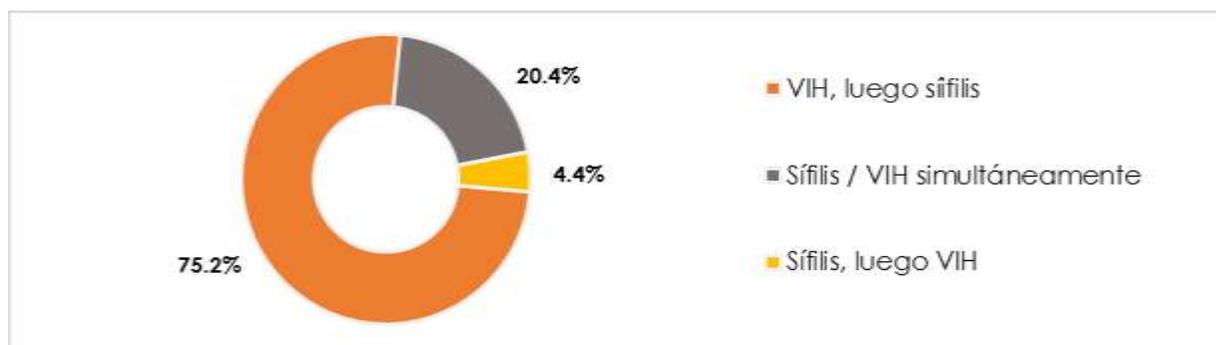
### INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): SÍFILIS / VIH

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se utilizan como un indicador de sexo sin protección. De acuerdo con información publicada por los CDC, las personas que contraen una ITS tienen mayor probabilidad de contraer el VIH, cuando se compara con personas que no tienen una ITS. Las personas viviendo con el VIH que contraen una ITS podrían tener una mayor probabilidad de transmitir la infección a sus parejas sexuales.

De acuerdo con los datos reportados a la Oficina de Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) del Departamento de Salud<sup>5</sup>, en el año 2014 se reportaron un total de 953 casos de sífilis. De éstos, 270 (28.3%) tenían un diagnóstico de VIH. Sobre el 75% de las personas reportadas con sífilis en el 2014, tenían un diagnóstico previo de VIH (Figura 27). La mediana de tiempo entre el diagnóstico de VIH y el reporte de sífilis en el 2014 fue 86 meses.

<sup>5</sup> Datos a noviembre 15, 2015.

Figura 27: Secuencia de eventos de personas reportadas con sífilis en el año 2014



Los hombres representaron el 94.4% de los casos de co-infección sífilis / VIH en el año 2014. Sobre el 50% de los co-infectados tenían entre 13 y 34 años de edad.

Tabla 17: Co-infección Sífilis/VIH por características demográficas selectas, 2014

Características demográficas	Co-infección Sífilis/VIH	
	No.	%
<b>Sexo</b>		
Hombres	255	94.4
Mujeres	15	5.6
<b>Grupo de edad</b>		
13 – 24	55	20.4
25 – 34	91	33.7
35 – 44	58	21.5
45 – 54	47	17.4
55 - 64	15	5.6
65 o más	4	1.5
<b>Región de Salud Epidemiológica</b>		
Aguadilla	3	1.1
Arecibo	24	8.9
Bayamón	41	15.2
Caguas	40	14.8
Fajardo	13	4.8
Mayagüez	11	4.1
Metropolitana	105	38.9
Ponce	33	12.2
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>100.0</b>

El sexo sin protección entre HSH resultó ser la conducta de riesgo mayormente reportada (90.7%) en los últimos 12 meses previo al reporte de sífilis (Tabla 18), seguido por el sexo sin protección con parejas anónimas (50.0%) y el sexo sin protección mientras se está intoxicado (20.7%). El cincuenta por ciento tuvo 2 o más parejas sexuales durante los últimos 12 meses previo al reporte de sífilis. Aproximadamente, uno de cada cuatro personas reportó el consumo de alcohol o marihuana durante los últimos 12 meses previo al reporte de sífilis.

**Tabla 18: Co-infección Sífilis/VIH por conductas de riesgo y uso de drogas, 2014**

Conductas de riesgo (últimos 12 meses)	Co-infección Sífilis/VIH	
	No.	%
Sexo con hombres	245	90.7
Sexo con mujeres	27	10.0
Sexo mientras intoxicado	56	20.7
Sexo con parejas anónimas	135	50.0
Sexo con PID	23	8.5
Intercambio sexo por drogas y/o dinero	22	8.1
Número de parejas		
0	11	4.1
1	117	43.3
2 - 4	90	33.3
≥ 5	40	14.8
Se desconoce	12	4.4
Uso de drogas (últimos 12 meses)		
Drogas en general	78	28.9
Drogas inyectables	8	3.0
Cocaína	13	4.8
Otra droga <sup>a</sup>	72	26.7
<b>TOTAL</b>	<b>270</b>	<b>100.0</b>

<sup>a</sup> La categoría "otra droga" incluye consumo de alcohol y/o marihuana.

### INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): GONORREA / VIH

De acuerdo con los datos reportados a la Oficina de Vigilancia de ETS\*, en el año 2014 se reportaron un total de 410 casos de gonorrea. De éstos, 28 (6.8%) tienen un diagnóstico de VIH, una proporción notablemente menor cuando se compara con los casos de co-infección sífilis / VIH.

La mayoría de las personas que presentan co-infección gonorrea / VIH en el año 2014 fueron hombres (96.4%), entre las edades de 13 a 34 años (67.9%). A diferencia de los casos de co-infección sífilis / VIH, la mayoría de las personas que presentan co-infección gonorrea / VIH en el año 2014 residen en la Región de Caguas (35.7%).

**Tabla 19: Co-infección Gonorrea/VIH por características demográficas selectas, 2014**

Características demográficas	Co-infección Gonorrea/VIH	
	No.	%
<b>Sexo</b>		
Hombres	27	96.4
Mujeres	1	3.6
<b>Grupo de edad</b>		
13 – 24	8	28.6
25 – 34	11	39.3
35 – 44	3	10.7
45 – 54	6	21.4
55 - 64	0	0.0
65 o más	0	0.0
<b>Región de Salud</b>		
Aguadilla	0	0.0
Arecibo	2	7.1
Bayamón	3	10.7
Caguas	10	35.7
Fajardo	4	14.3
Mayagüez	0	0.0
Metropolitana	7	25.0
Ponce	2	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

El sexo sin protección entre HSH fue la conducta de riesgo mayormente reportada entre las personas que presentan co-infección de gonorrea / VIH en el 2014 (89.3%), seguido por el sexo sin protección con parejas anónimas (39.3%) y el sexo sin protección con PID (17.9%).

**Tabla 20: Co-infección Gonorrea/VIH por conductas de riesgo y uso de drogas, 2014**

Conductas de riesgo (últimos 12 meses)	Co-infección Gonorrea/VIH	
	No.	%
Sexo con hombres	25	89.3
Sexo con mujeres	2	7.1
Sexo mientras intoxicado	3	10.7
Sexo con parejas anónimas	11	39.3
Sexo con PID	5	17.9
Número de parejas		
0	4	14.3
1	21	75.0
2 - 4	2	7.1
≥ 5	0	0.0
Se desconoce	1	3.6
Uso de drogas		
Drogas en general	5	17.9
Drogas inyectables	1	3.6
Cocaína	1	3.6
Otra droga <sup>a</sup>	5	17.9
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>

<sup>a</sup>La categoría "otra droga" incluye consumo de alcohol y/o marihuana.

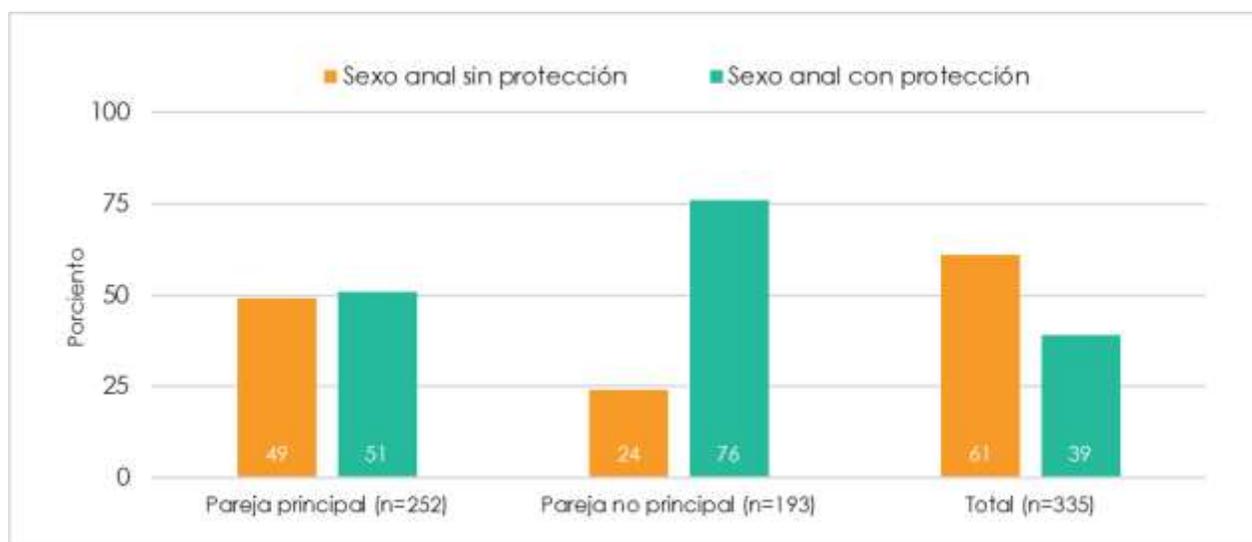
### INDICADORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DEL VIH - HSH, SISTEMA DE VIGILANCIA DEL COMPORTAMIENTO (NHBS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

De octubre a diciembre del 2011 como parte de las actividades del Sistema de Vigilancia del Comportamiento (NHBS, por sus siglas en inglés), se realizaron sobre 400 entrevistas en la población HSH de 18 años de edad o más, residente del Área Metropolitana Estadística San Juan – Caguas – Guaynabo. Para propósitos de determinar los riesgos asociados exclusivamente a adquisición del VIH se excluyó del análisis a los hombres VIH positivo, lo que disminuyó el número de entrevistas incluidas en el análisis a 355.

#### SEXO SIN PROTECCIÓN

De los hombres entrevistados en el estudio, el 71% (n=252) reportó tener sexo anal con su pareja principal en los últimos 12 meses previos a la entrevista y 54% (n=193) reportó tener sexo anal con una pareja no principal. El sexo sin protección entre los participantes que tuvieron sexo anal fue mayor con las parejas principales (49%) comparado con las parejas no-principales (24%) (Figura 28).

**Figura 28: Número y porcentaje de participantes HSH que reportaron tener sexo anal sin protección con su pareja principal o no-principal, NHBS, 2011**



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention. HIV Risk, Prevention, and Testing Behaviors—National HIV Behavioral Surveillance System: Men Who Have Sex With Men, 20 U.S. Cities, 2011. HIV Surveillance Special Report 8. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/#special>. Published September 2014. Accessed May 1, 2015.

El ocho por ciento 8% (n=27) del total de los entrevistados que reportó tener sexo durante los 12 meses previos a la entrevista, también reportó sostener relaciones sexuales con mujeres. Ocho de cada diez, 81.5% (n=22) no utilizó un condón al momento de tener relaciones anales o vaginales.

#### USO DE DROGAS O ALCOHOL

Los tres tipos de drogas no inyectables más utilizadas dentro de la muestra fueron: marihuana (19%), amilo-nitritos “poppers” (10%) y cocaína (7%). El 82% (n=290) de los entrevistados reportó el uso de bebidas alcohólicas durante los 30 días previos a la entrevista. El 23% (n=81) reportó consumo excesivo de alcohol.

#### CONOCIMIENTO DEL ESTADO DE VIH

El desconocimiento del estado de VIH de la pareja y el practicar conductas de alto riesgo, aumenta la posibilidad de adquirir/transmitir la infección del VIH. En el año 2011, un total de 374 entrevistados se hicieron la prueba del VIH. La prevalencia de VIH en la muestra fue de 9.6% (n=36). Un 75% (n=27) de las personas VIH positivas desconocían que estaban infectadas con el VIH.

#### PRUEBAS DE VIH E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

El CDC recomienda que los adolescentes y adultos de 13 a 64 años<sup>6</sup> de edad se hagan la prueba de detección del VIH una vez al año. Esto ofrece la posibilidad para que, las personas que resulten positivas puedan acceder temprano en la infección a los servicios médicos y de apoyo necesarios para mejorar los resultados en su salud y reducir la transmisión a otros. La proporción de entrevistados que reportaron haberse hecho la prueba del VIH fue de 82%. Sin

<sup>6</sup> [www.cdc.gov/hiv/testing](http://www.cdc.gov/hiv/testing)

embargo, la proporción de entrevistados que se realizaron la prueba en los pasados 12 meses previos a la entrevista fue un 49%, el por ciento más bajo entre las ciudades participantes.

Los CDC recomiendan que los HSH sexualmente activos se hagan pruebas de detección de ITS (sífilis, gonorrea, clamidia y herpes) con mayor frecuencia. De acuerdo con los datos NHBS, sólo el 31% de los participantes se hizo una prueba de detección de ITS en los últimos 12 meses previos a la entrevista.

## B. CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH EN PUERTO RICO

### A – CONTINUO DE LA ATENCIÓN

A diciembre del 2013, 18,386 personas  $\geq$  18 años vivían con un diagnóstico de infección por el VIH en Puerto Rico. Se estima que un 70.93% (n=13,043) se encontraban recibiendo atención médica. De acuerdo con los datos del Proyecto de Monitoria Médica de Puerto Rico (PR MMP, por sus siglas en inglés), 91.10% de estas (n=11,882) se encontraban retenidas en cuidado médico. Entre las personas retenidas en cuidado, 87.87% (n=10,441) se encontraban recibiendo terapia antiretroviral. Entre las personas recibiendo terapia antiretroviral, 80.29% (n=8,383) tenían la carga viral suprimida. En general, en Puerto Rico sólo el 45.60% del total de personas viviendo con un diagnóstico de infección por VIH alcanzaron la supresión viral en el año 2013.

Figura 29: CONTINUO DE LA ATENCIÓN EN PUERTO RICO, 2013



**Personas viviendo con el VIH:** número total de personas  $\geq$ 18 años diagnosticados con el VIH hasta el 2012, vivos al final del 2013. Base de datos utilizada: Programa Vigilancia de VIH/SIDA.

**En cuidado médico:** personas  $\geq$ 18 años con evidencia de CD4, carga viral y/o en terapia antiretroviral durante el año 2013. Base de datos utilizada: Estudio de Necesidades no Cubiertas de Cuidado Médico Primario 2013 / Programa Vigilancia VIH/SIDA.

**Retenidas en cuidado médico:** personas  $\geq$ 18 años con evidencia de pruebas de CD4 y/o carga viral en al menos dos ocasiones durante el 2013 (mínimo 90 días entre pruebas). Base de datos utilizada: PR MMP – Ciclo 2013.

**En terapia antiretroviral:** personas  $\geq$ 18 años retenidas en cuidado médico, recibiendo terapia antiretroviral durante el 2013. Base de datos utilizada: PR MMP – Ciclo 2013.

**Carga viral suprimida:** personas  $\geq$ 18 años recibiendo terapia antiretroviral, con carga viral suprimida (<200 copias/ml) en el año 2013. Base de datos utilizada: PR MMP – Ciclo 2013.

## B - DISPARIDADES EN EL TRATAMIENTO DE ACUERDO AL CONTINUO DE CUIDADO

La próxima tabla presenta el Continuo de Cuidado del VIH segregado por sub-poblaciones, en función de características demográficas y las categorías de transmisión. Estos datos permiten tener un marco de referencia sobre las disparidades en el enlace y otras etapas del Continuo de Cuidado del VIH en poblaciones, como por ejemplo, HSH y PID.

**Tabla 21: Continuo de Cuidado del VIH por subpoblaciones, Puerto Rico, 2013**

Características demográficas /exposición	En Cuidado Médico		Retención en cuidado		En Terapia Antiretroviral		Carga Viral Suprimida	
	No.	Porcentaje*	No.	Porcentaje**	No.	Porcentaje†	No.	Porcentaje‡
<b>Sexo</b>								
Hombres	8,747	69.27	7,881	90.10	6,830	86.67	5,737	83.99
Mujeres	4,296	74.61	3,979	92.61	3,568	89.66	2,663	74.64
<b>Edad</b>								
18 - 24	355	82.56	296	83.35	221	75.02	166	74.97
25 - 34	1,399	75.58	1,137	81.26	852	74.98	604	70.93
35 - 44	2,839	72.44	2,410	84.88	1,969	81.73	1,525	77.46
45 - 54	4,788	70.96	4,601	96.10	4,241	92.18	3,431	80.89
55 o más	3,662	67.33	3,399	92.83	3,119	91.77	2,635	84.48
<b>Categoría de transmisión (adultos y adolescentes)</b>								
HSH	3,231	82.40	2,827	87.50	2,351	83.18	1,990	84.63
PID	3,593	58.63	3,365	93.66	3,041	90.36	2,402	78.99
HSH & PID	607	70.50	545	89.82	487	89.27	408	83.93
Contacto Heterosexual	5,199	77.59	4,783	92.00	4,299	89.88	3,391	78.88

‡ Número de personas con la carga viral suprimida, dividido entre el número de personas en terapia antiretroviral.

Nota. Porcentaje de cada indicador está basado en el paso previo.

\* Número de personas en cuidado médico, dividido entre el total de personas viviendo con el VIH.

\*\* Número de personas en cuidado médico continuo, dividido entre el número de personas en cuidado médico.

† Número de personas en terapia antiretroviral, dividido entre el número de personas bajo cuidado médico continuo.

A base de la tabla anterior (Tabla 21), se desprenden las conclusiones siguientes:

### En Cuidado Médico\*

- Una proporción mayor de mujeres se encontraban recibiendo cuidado médico en el año 2013.
- La proporción de personas en cuidado médico disminuye a medida que aumenta la edad.
- Los hombres que tienen sexo sin protección con hombres tienen la proporción más alta en cuidado médico, mientras que las PID tienen la proporción más baja.

### Retenidas en Cuidado Médico\*\*

- La proporción más alta de retención ocurre entre PID, seguido por el contacto heterosexual sin protección.
- Las personas mayores de 45 años tienen la proporción más alta de retención.

- La proporción más baja de retención ocurre entre los HSH sin protección.

#### En Terapia Antiretroviral†

- Una proporción mayor de mujeres se encontraba en terapia antiretroviral.
- La proporción más baja de personas en terapia antiretroviral ocurre entre las edades de 18 a 34 años.
- Cerca del 90% de las personas en cuidado médico continuo estaban en terapia antiretroviral, excepto los HSH.

#### Carga Viral Suprimida‡

- Aunque una proporción menor de hombres se encontraban en terapia antiretroviral, una mayor cantidad tenía la carga viral suprimida.
- Las personas entre las edades 18 a 34 años tienen la proporción más baja de supresión viral.

### **C – UTILIZACIÓN DEL CONTINUO DE CUIDADO DEL VIH**

En Puerto Rico se utiliza un modelo basado en prevalencia reportada, para efectos de la elaboración del Continuo de Cuidado del VIH. Cada etapa del continuo de la atención se basa en el número de personas diagnosticadas y reportadas viviendo con el VIH en la jurisdicción. No incluye el estimado de personas que desconoce su estado de VIH positivo.

Los distintos actores vinculados al tema del VIH en Puerto Rico entienden que para lograr las metas de la NHAS, es necesario alcanzar un alto nivel de compromiso en cada una de las etapas del Continuo de atención médica; es decir, el diagnóstico de VIH, enlace a cuidado médico, retención en cuidado, terapia antiretroviral y supresión de carga viral. La utilización de esta información es una herramienta clave en la planificación, priorización y enfoque de los esfuerzos para la prevención y el diagnóstico del VIH en Puerto Rico. Igualmente, es uno de los referentes principales para el desarrollo de estrategias específicas dirigidas al mejoramiento del enlace a tratamiento y la retención en cuidado y para el monitoreo de la efectividad en el uso de los recursos.

La información del Continuo de Cuidado del VIH es actualizada periódicamente por el Programa de Vigilancia VIH del Departamento de Salud y compartida con las distintas unidades del Departamento de Salud, así como con los Cuerpos Asesores de Planificación de Prevención y Ryan White Parte B/ADAP. A través de los años se ha ido expandiendo el análisis del Continuo de Cuidado para incluir información específica por sub-poblaciones. Se planifica elaborar el análisis para las diversas regiones de salud que conforman la jurisdicción.

El Continuo de Cuidado del VIH también se ha integrado en el Programa de Mejoramiento de Calidad como una referencia clave para el desarrollo de estrategias para el enlace y la retención en cuidado. Todos los sub-recipientes de Ryan White Parte B/ADAP y sus proveedores son responsables de calcular el Continuo de Cuidado del VIH de su clientela, y utilizarlo como referencia para sus planes y proyectos de mejoramiento de calidad.

Para efectos del proceso de planificación integrada se actualizó el Continuo de Cuidado del VIH de Puerto Rico al 2013. A su vez, se desarrolló un análisis específico para el AME de San Juan. Esta información fue compartida con los participantes que colaboraron en la elaboración del

Plan Integrado y utilizada como referente en los talleres llevados a cabo para la identificación y priorización de necesidades y la elaboración de estrategias para atenderlas.

## C. RECURSOS FINANCIEROS E INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS

### A- RECURSOS FINANCIEROS

Esta sección provee un inventario de los recursos financieros disponibles en Puerto Rico para satisfacer las necesidades de vigilancia, prevención y tratamiento asociadas al VIH. Se incluyen las fuentes de fondos locales y federales disponibles en Puerto Rico para atender las distintas etapas del Continuo de Cuidado del VIH, la cantidad de fondos bajo cada fuente, número de agencias subvencionadas por estos fondos, las agencias que proveen estos fondos y los servicios que se ofrecen a través de estos.

Figura 30: Recursos económicos disponibles en la jurisdicción

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
CDC Total	93.939	HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based	\$2,383,275	3.0%	7	Proveer asistencia a las organizaciones sin fines de lucro para desarrollar e implementar programas de prevención VIH eficaces y basados en la comunidad. Busca promover la coordinación de los esfuerzos de prevención primaria y secundaria del VIH entre las organizaciones de base comunitaria, las agencias que brindan servicios de educación y prevención de VIH y las organizaciones públicas, incluyendo								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						los departamentos de salud locales y estatales y agencias de abuso de sustancias. Por último, evaluar los programas de prevención del VIH para los cuales brindan apoyo.								
	93.940	HIV Prevention Activities Health Department Based	\$6,438,627	8.2%	2	Los fondos que provee este programa pueden ser utilizados para apoyar, implementar y evaluar programas de prevención primaria y secundaria del VIH, implementados por el Estado. Particularmente, priorizar la prevención del VIH de alto impacto.								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
	93.941	<i>HIV Demonstration, Research, Public and Professional Education Projects</i>	\$250,723	0.3%	1	Los fondos pueden ser utilizados para desarrollar, implementar y evaluar nuevas intervenciones, incluyendo aquellas dirigidas a personas que están infectadas con el VIH.								
	93.944	<i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance</i>	\$1,287,835	1.6%	3	A través de este programa se establece un sistema de vigilancia biológica de comportamiento entre las poblaciones de alto riesgo (como los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que se inyectan drogas y heterosexuales en mayor riesgo de infección por VIH)								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						en las áreas estadísticas metropolitanas con mayor prevalencia del VIH en los Estados Unidos.								
	93.977	Preventive Health Services Sexually Transmitted Diseases Control Grants	\$1,201,897	1.5%	1	Enfatiza el desarrollo e implementación de programas de prevención y control uniformes a nivel nacional enfocados en las actividades de intervención diseñadas para reducir la incidencia de estas enfermedades. Además, enfatiza la investigación aplicada, la demostración y las actividades de educación pública y profesional, que								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						apoyan las actividades básicas de los programas autorizados bajo la sección 318b del <i>Public Health Service Act</i> .								
<b>CDC Total</b>			<b>\$11,562,357</b>	<b>15.0%</b>										
<b>HRSA</b>	<b>93.914</b>	<i>HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)</i>	\$11,412,378	14.5%	1 <sup>7</sup>	Proveer asistencia financiera directa a las zonas metropolitanas elegibles (EMA) y zonas de subvenciones transitorias (TGA's) que han sido más gravemente afectados por la								

<sup>7</sup> En Puerto Rico se había designado un TGA en el Área de Ponce, sin embargo su vigencia termina para efectos del marco de tiempo que comprende la implementación de este Plan Integrado. Durante el periodo de 2015-2016, el TGA de Ponce recibió una subvención de \$2,096,992.

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						epidemia del VIH con el propósito de mejorar el acceso a un cuidado continuo, integral, eficaz, rentable y de alta calidad, basado en la comunidad, para las personas de bajos ingresos que viven con VIH y sus familias.								
	93.917	HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)	\$37,499,951	47.8%	1	<b>Servicios clínicos medulares:</b> Servicios de salud ambulatorios, Programa de Asistencia en Medicamentos para el SIDA, Cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad, terapia médica nutricional y manejo de casos clínicos.								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						<b>Servicios de apoyo:</b> manejo de casos no-clínico, servicios de alcance, ayuda económica de emergencia, banco de alimentos/ comidas a domicilio, vivienda, transportación para apoyar que una persona que vive con el VIH pueda lograr mejores resultados de salud.								
	93.918	Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)	\$6,556,555	8.4%	10	Proveer cuidado continuo primario e integral para el VIH de forma ambulatoria. Esto incluye: 1) Intervención Temprana (que puede incluir consejería, pruebas y referidos para VIH); 2) evaluación								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						médica y cuidado clínico; 3) otros servicios de atención primaria; 4) referidos a otros servicios de salud.								
	93.153	<i>Coordinated HIV Services and Access to Research for Women, Infants, Children, and Youth (Ryan White Parte D)</i>	\$763,804	1.0%	2	Proveer cuidado médico primario centrado en la familia y servicios de apoyo para las mujeres, infantes, niños(as) y jóvenes que viven con el VIH.								
<b>HRSA Total</b>			<b>\$56,232,688</b>	<b>72.8%</b>										
<b>HUD</b>	14.241	<i>Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)</i>	\$7,435,004	9.5%	2	El programa tiene la encomienda a través del Cuidado Continuo ("Continuum of Care") bajo los fondos HOPWA de coordinar, establecer e								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						implementar servicios en Asistencia en Vivienda complementando con Servicios de Apoyo.								
<b>HUD Total</b>			<b>\$7,435,004</b>	<b>9.6%</b>										
<b>SAMHSA<sup>8</sup></b>	<b>93.243</b>	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - HIV Capacity Building Initiative (HIV CBI)</i>	\$271,991	0.3%	1	El propósito de este programa es apoyar una serie de actividades para ayudar a los beneficiarios en el desarrollo de un fundamento sólido para proveer y mantener servicios accesibles y de calidad, basados en								

<sup>8</sup> La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción de Puerto Rico, recibe fondos de SAMHSA, del *Substance Abuse Prevention and Treatment Block Grant* (SABG) para la planificación, realización y evaluación de las actividades para prevenir y tratar el abuso de sustancias y servicios relacionados a salud pública, es decir, servicios de TB y servicios de intervención temprana para el VIH. Esta Subvención establece un 5% de la asignación total, para los servicios relacionados al VIH. La asignación total de la subvención en bloque para Puerto Rico durante el año fiscal 2015-2016 es \$ 22,405.098.

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						la ciencia, para el abuso de sustancias y servicios de prevención de VIH.								
		Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)	\$270,000	0.3%	1	El propósito de este programa es prevenir y reducir el abuso de sustancias y la transmisión del VIH /SIDA entre las poblaciones en riesgo, incluyendo hispanos/latinos jóvenes adultos entre las edades de 18 a 24 años de edad. Para satisfacer las necesidades de estas poblaciones, CSAP busca que se desarrollen acuerdos entre los MSI y las								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						organizaciones de base comunitaria para proporcionar programas de prevención integrados para el abuso de sustancias, la hepatitis C y VIH.								
		Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance -Targeted Capacity Expansion: Substance Use Disorder Treatment for Racial/Ethnic Minority Populations at High-Risk for HIV/AIDS	\$1,519,946	1.9%	3	El propósito de este programa es ampliar el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias, salud mental y servicios de VIH para poblaciones de alto riesgo, incluyendo los hombres hispanos y otras minorías raciales/étnicas y mujeres, mayores de 18 años, incluyendo heterosexuales, lesbianas,								

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
						homosexuales, bisexuales y personas transgénero, hombres que tienen sexo con hombres, personas que estuvieron encarceladas y sus parejas, personas que tienen trastornos por uso de sustancias y aquellas con trastornos mentales y que están viviendo con o en riesgo de contraer el VIH/SIDA. Este programa se asegurará de que la población objetivo tiene acceso y recibe servicios de salud mental apropiados.								
<b>SAMHSA Total</b>			<b>\$2,061,937</b>	<b>2.7%</b>										

Descripción de los fondos							Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Número del CFDA, si aplica	Programa	Cantidad de fondos \$	Porcentaje de fondo	Proveedores de servicios Agencias Contratos	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Terapia antiretroviral	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
<b>Gran Total Fondos Federales*</b>			<b>\$77,291,986</b>											
<b>Asignaciones del Estado*</b>			<b>\$57,603,263</b>			Servicios de vigilancia, prevención y tratamiento, provistos a través de agencias del Gobierno Estatal.								
<b>Gran Total Asignaciones del Estado**</b>			<b>\$57,603,263</b>											

\* Los fondos federales presentados en la tabla, corresponden al Año Fiscal 2015-2016, de acuerdo a la información disponible en Spending.gov y HRSA.gov.

\*\* En el caso de los fondos estatales, se presentan como referente los fondos para el Año Fiscal 2014-2015, de acuerdo a las fuentes siguientes: Oficina de Cuentas a Pagar SASFSI, Oficina de Planificación de ASSMCA, Oficina de Planificación de ASES y Programa Ryan White Parte B/ADAP.

### TRASFONDO SOBRE EL ANDAMIAJE INSTITUCIONAL PARA ATENDER EL VIH/SIDA EN PUERTO RICO

El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), es la agencia responsable de todos los asuntos relacionados con la salud, sanidad y bienestar, en virtud de la Ley Núm. 81-1912, según enmendada y las disposiciones de la Sección 5 y 6 de la Constitución de Puerto Rico del 25 de julio de 1952. El Departamento establece política pública en salud, supervisa a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico y vela por que se cumplan las reglas para el bienestar general de la población. Además, es responsable de la salud física y mental de los puertorriqueños. La misión del Departamento es propiciar y conservar la salud como condición indispensable para que cada ser humano disfrute del bienestar físico, emocional y social que le permita el pleno disfrute de la vida y contribuir así al esfuerzo productivo y creador de la sociedad. Además, conforme a la Ley Núm. 11-1976, según enmendada, Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico, todas las funciones relacionadas a los organismos a cargo de la regulación de las profesiones relacionadas a la salud Puerto Rico fueron transferidas al Departamento de Salud.

A base de ese marco normativo, el Departamento de Salud de Puerto Rico es la agencia responsable de la vigilancia de los casos de VIH y de desarrollar e implementar las políticas públicas relacionadas al tema. Para atender esta área de responsabilidad, la agencia cuenta con el Programa de *Medicaid*, el cual establece los lineamientos para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno para los beneficiarios que viven con VIH/SIDA conforme al PR *Medicaid State Plan*; la División de Epidemiología y su Programa de Vigilancia VIH/SIDA; y la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados, la cual cuenta con la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET) desde la que se ofrecen los servicios de Prevención y Tratamiento del VIH. Esta última unidad operacional cuenta con las siguientes estructuras organizacionales o programas para proveer los servicios de cuidado y prevención del VIH/SIDA:

- **Programa Ryan White Parte B/ADAP:** Este Programa administra los fondos bajo la Parte B de la Ley Ryan White HIV/AIDS (P.L 111-87, octubre 2009) dirigidos a asegurar el acceso a servicios clínicos y de apoyo, incluyendo medicamentos para la población médico-indigente del país con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). A través de la asignación de recursos, se ofrecen servicios necesarios a la población infectada y afectada en las clínicas del Departamento de Salud (Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles), entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores alrededor de la Isla, conforme la particularidad de cada área geográfica. A septiembre de 2016, la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP contaba con 55 proveedores de servicios de VIH para personas elegibles a través de todo Puerto Rico. Este Programa se divide en cinco unidades programáticas esenciales responsables de la planificación y provisión de servicios de salud y apoyo a las personas que viven con VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico. Estas son: Servicios Complementarios de VIH, Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo; Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés), Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado; Evaluación, Planificación y Mejoramiento de la Calidad. Además, el Programa atiende las necesidades de las personas que viven con VIH

elegibles al relacionarse con otros proveedores de servicios en la isla para la distribución efectiva de medicamentos para el VIH y contra las condiciones oportunistas, costear los co-pagos, deducibles y/o coaseguros a beneficiarios elegibles al Programa *Health Insurance Assistance Program* (HIAP) y subvencionar pruebas especializadas para el VIH y recientemente, para Hepatitis C como parte de un Piloto de la OCASET para el Tratamiento de la Hepatitis C en personas co-infectadas elegibles

- **División de Prevención ETS/VIH.** Tiene como función principal ofrecer servicios preventivos a la comunidad para prevenir la infección con VIH y otras ITS en Puerto Rico. Su misión es promover, a través de la educación y prevención, prácticas de menor riesgo que prevengan y detengan la infección del VIH y las ITS en PR.

- La División de Prevención ETS/VIH ofrece servicios a través de los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET, conocidos anteriormente como Centros Inmunológicos). Estos proveen servicios como: pruebas de cernimiento para sífilis, gonorrea, clamidia, tuberculosis, hepatitis y VIH; educación y orientación sobre prevención de VIH e ITS a personas en alto riesgo; educación sobre negociación para el uso del condón para reducir el riesgo de contagio con VIH e ITS; educación a personas que viven con VIH sobre tratamiento y sobre la divulgación de su condición; orientación, pruebas y referidos a servicios para las parejas sexuales expuestas al VIH, entre otros. Además, la División de Prevención ETS/VIH ofrece servicios a la comunidad como: distribución gratuita de condones en las clínicas y comunidad, referidos a servicios de prevención de ITS y VIH y capacitación y asistencia técnica a profesionales de la salud sobre temas relacionados a prevención de las ITS y el VIH. Igualmente, la División de Prevención ITS/VIH auspicia y colabora con OBC y otras entidades para ofrecer pruebas de VIH en la comunidad y en ambientes clínicos.

- **Centro de Tratamiento y Enfermedades Transmisibles.** Bajo OCASET se encuentran los Centros para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET), mencionados previamente, los cuales ubican en las ocho regiones de salud de Puerto Rico. En estas clínicas se ofrecen servicios preventivos y tratamiento para el VIH, ITS, tuberculosis, hepatitis virales y otras enfermedades transmisibles.
- **Unidad de Farmacia.** Esta unidad cuenta con un Centro de Distribución de Medicamentos desde el cual se compra, almacena y distribuye los medicamentos de VIH, ITS, Hepatitis, TB y otros, a la red de farmacias del Departamento de Salud y del Programa Ryan White Parte B/ADAP.
- **Organizaciones de Servicios Comunitarios de VIH y de Base Comunitaria.** Bajo esta unidad se encuentra el Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas que viven con VIH/SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés) y el Programa de Cuidado Diurno para Personas que viven con VIH sin hogar. En el caso de HOPWA, según se describe más adelante, el Programa está dirigido a desarrollar estrategias que permitan satisfacer las necesidades de vivienda y servicios de apoyo a personas de bajos ingresos económicos con VIH y sus familiares.

El Departamento de Salud cuenta con la Oficina de Epidemiología e Investigación y su Oficina de Vigilancia/VIH/SIDA/ETS, la cual tiene a su cargo la vigilancia y mantiene estadísticas de la incidencia y prevalencia de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. La misión de la Oficina de Epidemiología es proteger la salud de Puerto Rico mediante la caracterización epidemiológica de las enfermedades y condiciones transmisibles y no transmisibles de mayor impacto en Puerto Rico. A su vez, utiliza metodologías de investigación en la recolección, el

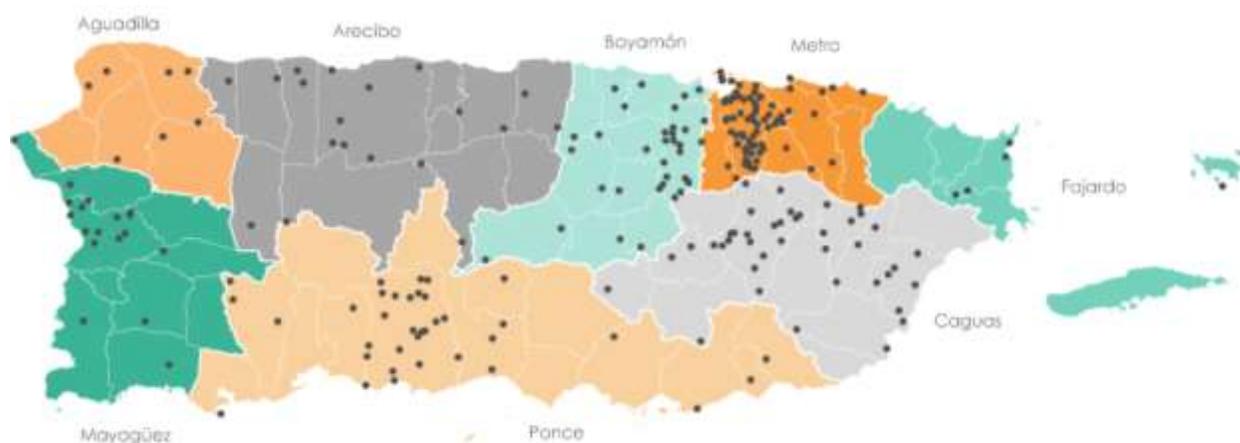
análisis y la interpretación sistemática de datos para adelantar el desarrollo y la diseminación de recomendaciones para el control y la prevención de los principales problemas a la salud.

Este andamiaje de servicios que provee el estado a través del Departamento de Salud, es complementado por la labor de diversas agencias gubernamentales, entidades sin fines de lucro y entidades privadas, que proveen servicios vinculados a la vigilancia del VIH, prevención y tratamiento en Puerto Rico. Las próximas secciones presentan una serie de datos y retos relacionados a la fuerza laboral en las entidades que trabajan con el VIH en Puerto Rico, en función de dos fuentes de información, un inventario de proveedores realizado en 2014 por el Departamento de Salud y el Avalúo de Necesidades más reciente realizada por el "AIDS Education & Training Center Program Northeast/Caribbean" (en adelante, AETC).

## INVENTARIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE VIH E ITS EN PUERTO RICO, 2014

Según un inventario de Proveedores de Servicios de VIH realizado en 2014 por el Departamento de Salud, en Puerto Rico existían un total de 102 organizaciones que brindan servicios relacionados al VIH e ITS, que cuentan con 211 centros, según se ilustra en el mapa siguiente.

**Figura 31: Distribución geográfica de las organizaciones que brindan servicios de VIH e ITS en Puerto Rico**



*Nota: En el Mapa cada punto equivale a 1 centro*

Estas entidades ofrecen servicios a la población general y aquellas que están en mayor riesgo de infecciones por VIH/ITS. Principalmente, ofrecen servicios a HSH, jóvenes, adultos mayores<sup>9</sup>, personas sin hogar, personas LGBTT, personas heterosexuales, personas viviendo con VIH y PID. Los servicios son provistos por profesionales de la salud multidisciplinarios, incluyendo educadores en salud, médicos, manejadores de caso, profesionales del área clínica, profesionales de las ciencias de la conducta, entre otros.

Como parte del inventario de servicios, se realizó una encuesta a los centros para recopilar más información detallada con el propósito de profundizar en los servicios que ofrecen, entre otros temas. De los 211 centros identificados, 60 participaron de la encuesta. De estos, 41 (68.3%) se identificaron como sin fines de lucro, 17 (28.3%), como entidades gubernamentales y 2 como organizaciones privadas.

<sup>9</sup> Por adultos mayores se entiende aquellas de 50 años o más.

Las tablas que se presentan a continuación (Tabla 22 y 23), proveen un resumen de los servicios principales de prevención y tratamiento que indicaron ofrecer las organizaciones que participaron de la encuesta.

**Tabla 22: Servicios de Prevención que ofrecen las organizaciones (10 principales)**

Servicios de prevención	Frec.	%
Referido a centros de rehabilitación	44	73.3%
Conferencias (charlas educativas y otros)	43	71.7%
Consejería individual	43	71.7%
Intervención educativa individual	41	68.3%
Consejería Preventiva	39	65.0%
Cernimiento/Pruebas de VIH en facilidad	37	61.7%
Intervención educativa grupal	37	61.7%
Información pública sobre la prevención del VIH	37	61.7%
Distribución de condones y otros medios profilácticos	36	60.0%
Trabajo social	35	58.3%

Nota: La base numérica de esta tabla son las 60 organizaciones que participaron en la encuesta y respondieron esta pregunta. La suma de porcentos puede ser distinta al 100% ya que esta pregunta es de respuesta múltiple y se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas. En esta tabla se incluye solo los primeros diez servicios principales.

**Tabla 23: Servicios de Tratamiento que ofrecen las organizaciones (10 principales)**

Servicios de tratamiento	Núm.	%
Referido a servicios clínicos	39	65.0%
Enfermería	38	63.3%
Manejo de caso para VIH	32	53.3%
Consejería individual	31	51.7%
Referidos a centros de rehabilitación	31	51.7%
Consejería en adherencia	28	46.7%
Conferencias (charlas educativas y otros)	27	45.0%
Transportación para citas médicas de VIH	27	45.0%
Trabajo social	26	43.3%
Psicólogos	26	43.3%

Nota: La base numérica de esta tabla son las 60 organizaciones que participaron en la encuesta y respondieron en esta pregunta. La suma de porcentos puede ser distinta al 100% ya que esta pregunta es de respuesta múltiple y se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas. En esta tabla se incluye solo los primeros diez servicios principales.

De los 41 centros que participaron en la encuesta que responden a organizaciones sin fines de lucro, 27 (65.9%) indicó contar con enfermeros/as, 56.1% o 23 de las organizaciones poseen manejadores/as de casos clínicos y 22 (53.7%) señaló tener médicos en su personal, para proveer los servicios vinculados al VIH. Sin embargo, tan sólo 4 (9.76%) organizaciones mencionaron tener siquierras. De igual modo, sólo 2 (4.88%) de las organizaciones indican contar con técnicos/as en epidemiología (Tabla 24).

**Tabla 24: Recursos humanos en los centros de organizaciones sin fines de lucro que participaron de la encuesta**

Recursos Humanos	Núm.	%
Enfermeros/as	27	67.9%
Manejadores/as de casos clínicos	23	56.1%
Médicos	22	53.7%
Manejadores/as de casos preventivos	21	51.2%
Trabajadores/as de alcance comunitario	21	51.2%
Consejeros/as	19	46.3%
Psicólogos/as	19	46.3%
Nutricionistas	18	43.9%
Educadores/as en salud	14	34.1%
Orientadores/as	12	29.3%
Siquiatras	4	9.8%
Técnicos/as en epidemiología	2	4.9%
Otros	19	46.3%

Nota: La base numérica de esta tabla son las 41 organizaciones sin fines de lucro entrevistadas que respondieron esta premisa. La suma de porcentos puede ser distinta al 100% ya que esta pregunta es de respuesta múltiple y se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas.

En el caso de los 17 centros gubernamentales, aunque varía levemente en relación a las organizaciones sin fines de lucro, los recursos humanos son proporcionalmente similares. De los 17 centros, 12 (70.6%) indican contar con enfermeros/as y médicos, mientras que 8 (47.1%) de ellas señalaron tener manejadores/as de casos clínicos. En contraste con las organizaciones sin fines de lucro, 7 de las entidades gubernamentales indicaron tener técnicos epidemiólogos en su personal. Por otro lado, sólo 3 (17.6%) de las entidades mencionaron tener manejadores/as de casos preventivos (Tabla 25).

**Tabla 25: Recursos humanos en los centros de entidades públicas que participaron de la encuesta**

Recursos Humanos	Núm.	%
Enfermeros/as	12	70.6%
Médicos	12	70.6%
Manejadores/as de casos clínicos	8	47.1%
Técnicos/as en epidemiología	7	41.2%
Psicólogos/as	7	41.2%
Educadores/as en salud	6	35.3%
Trabajadores/as de alcance comunitario	6	35.3%
Consejeros/as	5	29.4%
Orientadores/as	4	23.5%
Manejadores/as de casos preventivos	3	17.6%
Nutricionistas	3	17.6%
Otros	10	58.8%

Nota: La base numérica de esta tabla son las 17 entidades gubernamentales entrevistadas que respondieron esta pregunta. La suma de porcentos puede ser distinta al 100% ya que esta pregunta es de respuesta múltiple y se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas.

En el caso de los 2 centros privados, mencionaron contar con enfermeros/as y manejadores/as de casos clínicos.

Como se mencionó en la sección anterior, el Departamento de Salud tiene la responsabilidad de supervisar las distintas entidades a cargo de la regulación de las profesiones de la salud en Puerto Rico. La tabla siguiente muestra el número de profesionales licenciados al 2016, de aquellas ocupaciones que podrían estar relacionadas con la atención del VIH.

**Tabla 26: Profesionales de la Salud licenciados en Puerto Rico, profesiones seleccionadas 2013-2016**

Profesiones	Número al 2013-2016
Profesionales Enfermería	50,403
· Enfermera(o) Generalista	27,696
· Enfermera(o) Práctica. Licenciada	8,578
· Enfermera(o) Asociada(o)	12,384
· Enfermera(o) Especialista	1,728
· Enfermera(o) Obstétrica	17
Médico	11,852
· Generalista	4,238
· Especialista	7,614
o HIV Treaters*	-
o Enfermedades Infecciosas	83
o Medicina Interna	1,677
o Gastroenterología	170
o Psiquiatría	535
Profesionales Farmacia	11,376
· Farmacéutico (a)	3,231
· Auxiliar de Farmacia	8,145

Profesiones	Número al 2013-2016
Profesionales Salud Oral	3,992
· Dentista	1,652
· Asistente Dental	2,291
· Tecnólogo Dental	22
· Higienista Dental	27
Adm. de Servicios de Salud	393
Educador en Salud	67
Educador en Salud Comunal	158
Nutricionista y/o Dietista	1,067
Sicólogo (a)	3,577
Tecnólogo Médico	3,969

\*De acuerdo a la información provista en la Asociación de Médicos Tratantes de VIH de Puerto Rico, al 2016 se contaba con 45 médicos tratantes de VIH certificados por la Academia Americana de Medicina para el VIH, y otros 90 adiestramientos y con créditos de VIH, cualificados para certificarse.

Por otra parte, la información más reciente del Colegio de Trabajo Social, identifica un total de 7,796 trabajadores sociales licenciados a esta fecha.

### AVALÚO DE NECESIDADES DEL AIDS EDUCATION & TRAINING CENTER PROGRAM NORTHEAST/CARIBBEAN, 2016

El Avalúo de Necesidades más reciente llevado a cabo por el "AIDS Education & Training Center Program Northeast/Caribbean" (en adelante, AETC), apunta a diez (10) desafíos principales en la región<sup>10</sup>, identificados por una muestra<sup>11</sup> a líderes entrevistados para el estudio. Éstos incluyen:

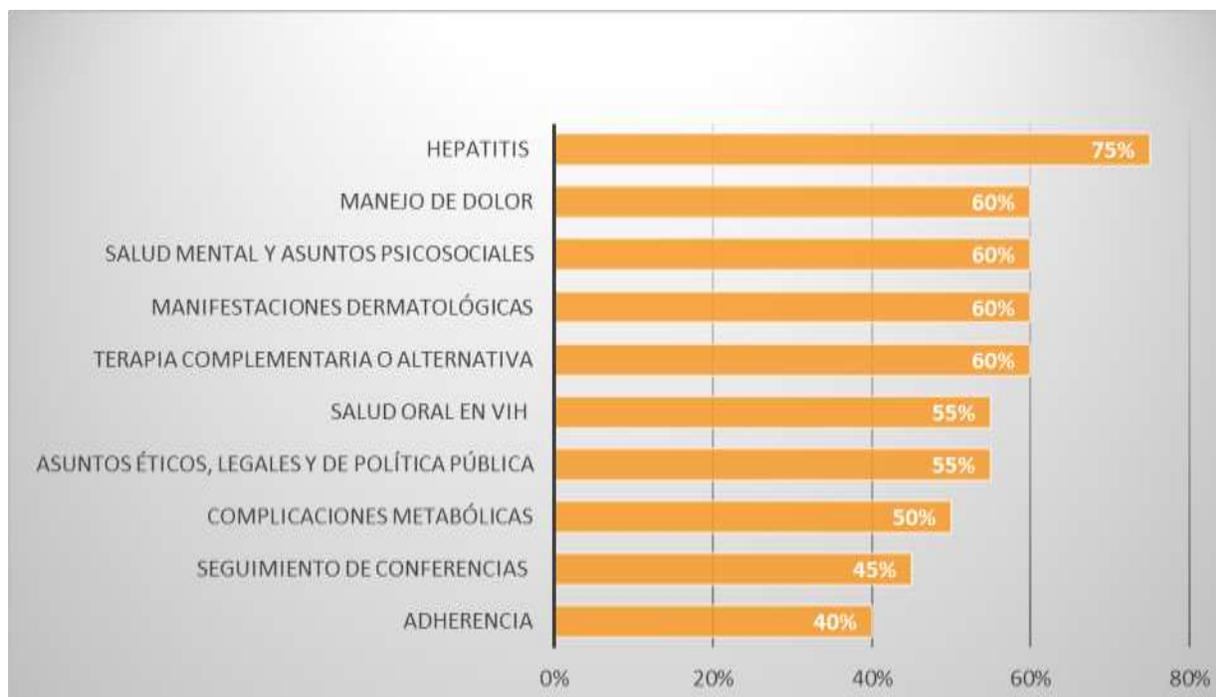
1. Retener y re-enlazar a tratamiento a las personas que viven con VIH
2. Integración de los servicios de salud mental y uso problemático de sustancias
3. Implementación de prácticas transformadoras fundamentadas en el cuidado basado en equipo
4. Literacia en salud y comunicación
5. Estigma hacia el VIH
6. Datos para la toma de decisiones (*data to care*)
7. Integración de prevención y cuidado
8. Colaboración y los roles específicos en la prestación de servicios primarios y especializados de la salud
9. Ampliar la diversidad de proveedores
10. Implementación de PrEP

<sup>10</sup> Para efectos del AETC, la región a la que responde Puerto Rico está conformada además por Nueva York, New Jersey y las Islas Vírgenes.

<sup>11</sup> Los datos que se presentan responden a la muestra para toda la región. Esta se estructuró en tres etapas. Una primera etapa en la que participaron 24 profesionales de la salud, una segunda etapa en la que participaron 40 y una tercera etapa en la que participaron 32. El informe no incluye datos específicos para Puerto Rico.

Por otra parte, el AETC identifica diez temas medulares para la formación de los proveedores de servicios vinculados al VIH en Puerto Rico, según se ilustran en la gráfica siguiente:

**Figura 32: Diez temas principales para capacitar la fuerza laboral que trabaja con VIH en Puerto Rico, de acuerdo a proveedores encuestados**

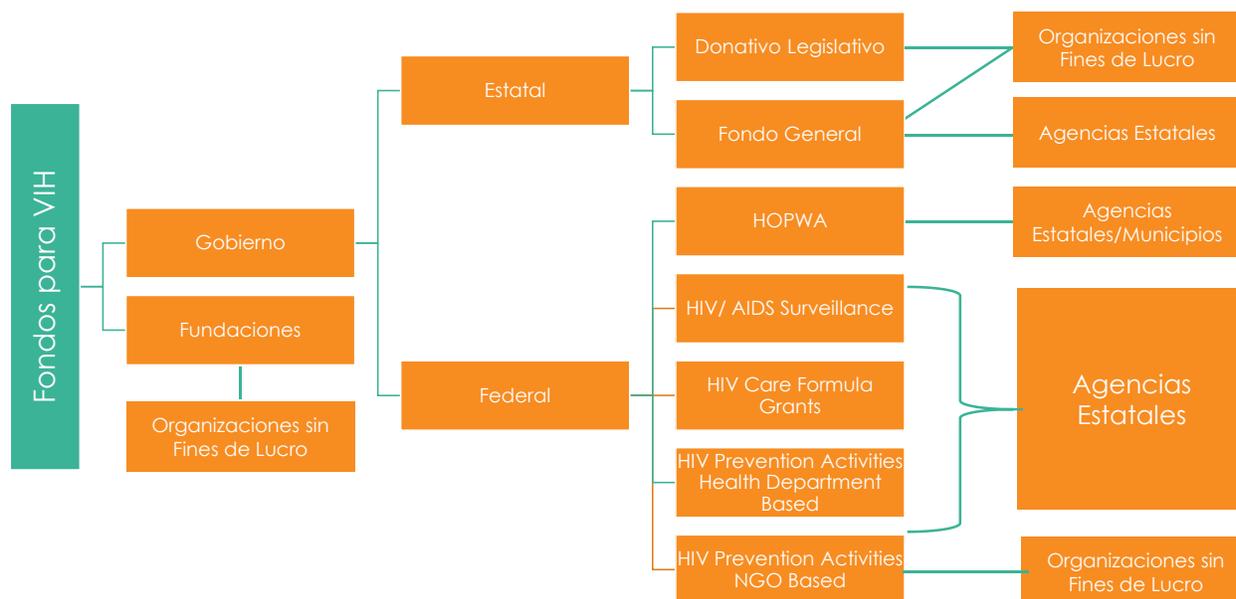


Fuente: Avalúo de Necesidades, "AIDS Education & Training Center Program Northeast/Caribbean", 2016

## **C – FUENTES DE FONDOS PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

Como ilustra la tabla incluida en la Parte A de esta sección, los servicios relacionados a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico, se brindan a través de la combinación de diversas fuentes de fondos locales y federales. Además, dentro del contexto de las organizaciones sin fines de lucro, estas podrían recibir subvenciones de fundaciones privadas. Sin embargo, sobre estos fondos no se cuenta con información precisa y pueden variar considerablemente año tras año.

**Figura 33: Interacción de fuentes de fondos en Puerto Rico**



### FONDOS ESTATALES

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico distribuye recursos del Fondo General, que son asignados al Departamento de Salud, el Departamento de Corrección, a la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción y a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico para implementar un sistema integral de servicios de vigilancia, prevención y cuidado en la jurisdicción.

### FONDOS FEDERALES

Puerto Rico recibe fondos federales para proveer servicios de prevención y tratamiento del VIH de dos agencias principales: CDC y HRSA. Además, recibe fondos del Departamento de la Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) y de la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA). Estos fondos, según mencionado, son combinados con una serie de fondos locales, dirigidos a atender los distintos componentes del sistema de vigilancia, prevención y cuidado del VIH.

### INVESTIGACIÓN, VIGILANCIA Y PREVENCIÓN: FONDOS RECIBIDOS DEL CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Los fondos que se reciben del CDC en la jurisdicción están vinculados esencialmente a la vigilancia y prevención del VIH, y pueden recibirse a través de dos conductos: el Departamento de Salud de PR o entidades sin fines de lucro de base comunitaria. Además, se le ha otorgado algunos fondos a la Academia con el propósito de desarrollar investigaciones.

---

#### HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)/ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY VIRUS SYNDROME (AIDS) SURVEILLANCE (CFDA 93.944)

El objetivo de este programa, es monitorear y fortalecer los programas de vigilancia efectiva del VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a la vez que se provee información necesaria que sirva de base para el diseño e implementación de actividades de prevención y tratamiento del VIH. Estos fondos son otorgados y administrados por el Departamento de Salud.

---

#### HEALTH DEPARTMENT BASED HIV PREVENTION ACTIVITIES (CFDA 93.940)

Los fondos que se reciben a través de este programa federal, son utilizados para apoyar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención primaria y secundaria del VIH en PR. Particularmente, se busca priorizar en las iniciativas del CDC dirigidas a la prevención del VIH de alto impacto. Estos fondos son otorgados y administrados por el Departamento de Salud.

---

#### CONTROL GRANTS FOR PREVENTIVE HEALTH SERVICES FOR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (93.977)

Los fondos son otorgados al Departamento de Salud y tienen como meta reducir la morbilidad y la mortalidad mediante la prevención de los casos y las complicaciones de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se enfatiza en el desarrollo e implementación de programas de prevención y de controles estandarizados a nivel nacional enfocados en las actividades de intervención diseñadas para reducir la incidencia de estas enfermedades.

Además, se enfatiza la investigación aplicada, la demostración y las actividades de educación pública y profesional, que apoyan las actividades básicas de los programas autorizados bajo la sección 318b del *Public Health Service Act*.

---

#### NON GOVERNMENTAL ORGANIZATION HIV PREVENTION ACTIVITIES (CFDA 93.939)

Estos fondos son accedidos directamente por las entidades sin fines de lucro o no gubernamentales, para el desarrollo e implementación de programas de prevención VIH eficaces y basados en la comunidad, alineados con los objetivos nacionales. Además, se busca promover la coordinación de los esfuerzos de prevención primaria y secundaria del VIH entre las organizaciones de base comunitaria, las agencias que brindan servicios de educación y prevención de VIH y las organizaciones públicas, incluyendo el Departamento de Salud.

En Puerto Rico, varias organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria reciben fondos bajo el programa.

---

#### HIV DEMONSTRATION, RESEARCH, PUBLIC AND PROFESSIONAL EDUCATION PROJECTS (CFDA 93.941)

Estos fondos tienen como objetivo desarrollar, probar y difundir mejores estrategias de prevención del VIH a través de la investigación sobre la prevención de la infección por VIH a nivel comunitario. Los fondos son utilizados para desarrollar, implementar y evaluar nuevas intervenciones, incluyendo aquellas dirigidas a personas que están infectadas con el VIH.

En Puerto Rico, el Recinto de Ciencias Médicas de la UPR es el recipiente de los fondos.

---

## CUIDADO Y TRATAMIENTO: FONDOS RECIBIDOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS DE SALUD (HRSA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

---

### *HIV CARE FORMULA GRANTS (CFDA 93.917) - RYAN WHITE PARTE B*

Los fondos por fórmula recibidos de HRSA bajo el Programa Ryan White, buscan mejorar la calidad, la disponibilidad y la implementación de un proceso continuo e integrado para el cuidado de la salud, tratamiento y servicios de apoyo para las personas elegibles con VIH/SIDA.

Los fondos recibidos en virtud de este programa deben distribuirse para financiar 75% de los servicios médicos básicos y 25% para costear servicios de apoyo, incluyendo los siguientes:

- **Servicios médicos medulares:** servicios de salud ambulatorios para pacientes, Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad, terapia médico nutricional y manejo de casos clínicos
- **Servicios de apoyo:** manejo de casos no clínicos, servicios de alcance, ayuda económica de emergencia, banco de alimentos/comidas a domicilio, vivienda, y transportación médica para apoyar a que una persona que vive con el VIH pueda lograr mejores resultados de salud.

---

### *HIV EMERGENCY RELIEF PROJECT GRANTS (CFDA 93.914) – RYAN WHITE PARTE A*

Esta sección busca proveer asistencia financiera directa a las áreas metropolitanas elegibles (AME) con el propósito de mejorar el acceso a un cuidado continuo, integral, costo efectivo, rentable y de alta calidad, basado en la comunidad, para las personas de bajos ingresos que viven con VIH y sus familias. Además, busca fortalecer las estrategias para llegar a las poblaciones minoritarias.

Dentro de este marco, el AME de San Juan ofrece 13 servicios clínicos medulares y 16 servicios de apoyo, que ayudan a complementar los recursos locales para responder a la epidemia. Los fondos Parte A se utilizan como último recurso, y el *AIDS Task Force* coordina esfuerzos con otras partes interesadas para evitar la suplantación o duplicación de esfuerzos.

---

### *GRANTS TO PROVIDE OUTPATIENT EARLY INTERVENTION SERVICES WITH RESPECT TO HIV DISEASE (CFDA 93.918) – RYAN WHITE PARTE C*

El propósito de estos fondos es proveer cuidado primario continuo e integral para el VIH de forma ambulatoria. Esto incluye:

- 1) Consejería, pruebas y referidos para VIH;
- 2) Evaluación médica y el cuidado clínico;
- 3) Otros servicios de atención primaria, y
- 4) Referidos a otros servicios de salud.

Durante el 2015, diez (10) organizaciones recibieron fondos bajo este programa.

---

## COORDINATED HIV SERVICES AND ACCESS TO RESEARCH FOR WOMEN, INFANTS, CHILDREN, AND YOUTH (93.153) - RYAN WHITE PARTE D

Estos fondos, dirigidos a organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, están enfocados en la provisión de servicios de medicina primaria centrada en la familia y servicios de apoyo a mujeres, infantes, niños(as) y jóvenes que viven con VIH, cuando no existen otras fuentes de fondos para subvencionarlos. En el 2015, dos entidades en Puerto Rico recibieron fondos bajo este Programa.

---

### SERVICIOS DE APOYO

#### DEPARTAMENTO DE LA VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO (HUD): HOUSING OPPORTUNITIES FOR PERSONS WITH AIDS (HOPWA-CFDA 14.241)

La meta del Programa HOPWA es proveer un ambiente de vivienda estable de intervenciones de corto plazo para hogares que están experimentando una crisis financiera como resultado de asuntos que surgen de su condición de VIH / SIDA.

El Programa tiene la encomienda a través del Cuidado Continuo ("Continuum of Care") bajo los fondos HOPWA del Departamento de Salud de Puerto Rico, de coordinar, establecer e implementar servicios de Asistencia en Vivienda complementado con Servicio de Apoyo.

La asistencia de servicio de emergencia se usa como parte de una estrategia de prevención de deambulancia, con la intención de reducir los riesgos de la deambulancia y mejorar el acceso a cuidados de la salud y otros servicios de apoyo necesarios.

En Puerto Rico, el Departamento de Salud y el Municipio de San Juan reciben fondos de HOPWA

---

### ADMINISTRACIÓN DE ABUSO DE SUSTANCIAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL (SAMHSA)

#### SUBSTANCE ABUSE PREVENTION AND TREATMENT BLOCK GRANT (SABG) (SAMHSA) (CFDA 93.959)

Este programa, proporciona fondos para la planificación, realización y evaluación de las actividades para prevenir y tratar el abuso de sustancias y servicios relacionados a salud pública, es decir, los servicios de TB y servicios de intervención temprana para el VIH. Esta Subvención establece un 5% de la asignación total, para los servicios relacionados al VIH. En Puerto Rico, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción es la entidad encargada de la administración de los fondos y de la prestación de los servicios antes mencionados.

---

#### SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA) (CFDA 93.243)

Los Programas bajo SAMHSA tienen la responsabilidad de enfrentar como prioridad el tratamiento del uso problemático de sustancias, servicios de salud mental preventivos, relevantes a nivel regional y nacional, otorgando asistencia (subvenciones y acuerdos de colaboración<sup>12</sup>) a los estados, subdivisiones políticas de los estados y organizaciones, públicas o

---

<sup>12</sup> Acuerdos de cooperación.

privadas, sin fines de lucro. Puerto Rico ha recibido distintos fondos bajo este programa, según se detalla a continuación:

---

*"HIV CAPACITY BUILDING INITIATIVE" - CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION (CSAP)*

El propósito de este programa es apoyar una serie de actividades para ayudar a los beneficiarios en el desarrollo de un fundamento sólido para proveer y mantener servicios accesibles y de calidad, basados en la evidencia, para el abuso de sustancias y servicios de prevención del VIH. El programa va dirigido a que las organizaciones sin fines de lucro, privadas y de base comunitaria, se involucren para prevenir y reducir el inicio de la adicción a drogas y el contagio de VIH/SIDA entre las poblaciones de riesgo, incluyendo menores y jóvenes de entre 13-24 años pertenecientes a minorías raciales y étnicas.

Las estrategias deben combinar la educación y sensibilización, utilizando campañas de mercadeo social, y servicios de pruebas del VIH y hepatitis viral (C) en entornos no tradicionales, combinados con programas de prevención de abuso de sustancias y prevención de VIH para la población a ser servida.

---

*MINORITY SERVING INSTITUTIONS (MSI) PARTNERSHIPS WITH COMMUNITY-BASED ORGANIZATIONS (CBOS) - CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE PREVENTION (CSAP)*

El propósito de este programa es prevenir y reducir el abuso de sustancias y la transmisión del VIH/SIDA entre las poblaciones a riesgo, incluyendo hispanos/latinos jóvenes adultos entre las edades de 18 a 24 años de edad. Para satisfacer las necesidades de estas poblaciones, CSAP busca que se desarrollen acuerdos entre los MSI y las organizaciones de base comunitaria para proporcionar programas integrados de prevención de abuso de sustancias, hepatitis C y VIH.

Los objetivos de este programa lo son apoyar a los cuatro objetivos principales de la Estrategia Nacional del VIH/SIDA.

---

*TARGETED CAPACITY EXPANSION: SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT FOR RACIAL/ETHNIC MINORITY POPULATIONS AT HIGH-RISK FOR HIV/AIDS*

El propósito de este programa es ampliar el tratamiento para el trastorno de uso de sustancias, salud mental y servicios de VIH para poblaciones de alto riesgo, incluyendo los hombres hispanos y otras minorías raciales/étnicas y mujeres, mayores de 18 años, incluyendo heterosexuales, lesbianas, homosexuales, bisexuales y personas transgénero, HSH, personas que estuvieron encarceladas, y sus parejas, personas que tienen trastornos por uso de sustancias y aquellas con trastornos mentales y que están viviendo con o en riesgo de contraer el VIH/SIDA (en adelante, la población objetivo) en los municipios con las tasas más altas de prevalencia del VIH.

Los resultados esperados para el programa deberán incluir la reducción del impacto negativo de los problemas de salud mental; aumentar el acceso y la retención en el tratamiento de condiciones de salud mental; reducir el riesgo de nuevas infecciones por el VIH y la hepatitis viral mediante el aumento de las pruebas y diagnóstico de VIH y la hepatitis viral, así como incrementar la prestación y enlace a servicios de tratamiento para VIH, incluyendo la terapia antirretroviral (TAR). Este programa busca asegurar que la población objetivo tenga acceso y reciba servicios de salud mental apropiados.

## D - RECURSOS NECESARIOS IDENTIFICADOS

Durante las actividades realizadas para la elaboración del Plan Integrado, los(as) participantes mencionaron una serie de áreas en las que se entiende que es necesario allegar recursos adicionales para fortalecer el sistema de provisión de servicios de prevención, tratamiento y apoyo a personas con conductas de riesgo y con VIH. Estas áreas incluyen las siguientes:

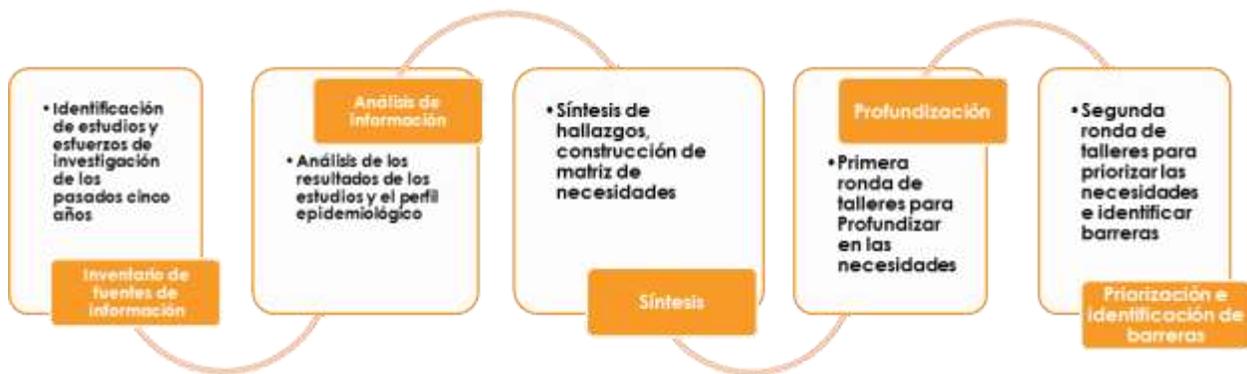
- Fondos para subvencionar intervenciones o estrategias de prevención, incluyendo PrEP/nPEP y el Intercambio de Jeringuillas;
- Subvención a largo plazo de la prueba rutinaria del VIH para la población general en los escenarios clínicos;
- Fondos para el tratamiento del uso problemático de sustancias, incluyendo drogas inyectables y no inyectables;
- Fondos para servicios vinculados a la salud mental; y
- Fondos para la provisión de servicios de vivienda permanente y servicios de apoyo a personas que viven con VIH.

Para atender estas áreas de preocupación, se incluyen en el Plan estratégico una serie de actividades relacionadas a la sustentabilidad a largo plazo para integrar alianzas para la maximización de recursos y el involucramiento (*engagement*) del Sector Privado (aseguradoras, farmacéuticas, entre otros).

## A- PROCESO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

El proceso para identificar las necesidades de prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico utilizado se basó en un **acercamiento multi-método de planificación participativa**, a través del cual representantes de la comunidad infectada y afectada por el VIH, el gobierno, organizaciones sin fines de lucro, entidades públicas, la Academia y otros grupos de interés, no solo participaron de la identificación y priorización de las necesidades, sino que – además – elaboraron en conjunto las estrategias para atenderlas (véase sección II-B, para el detalle sobre el proceso).

Figura 34: Proceso participativo para la identificación de las necesidades



Como primer paso para la identificación de las necesidades, se realizó un inventario de los estudios y fuentes de información generadas durante los cinco años previos a la elaboración del Plan Integrado<sup>13</sup>. Estos incluyeron, entre otros:

- estudios encomendados por los Cuerpos Asesores de Planificación<sup>14</sup>,
- estudios de necesidades de prevención y tratamiento 2012 y 2014 llevados a cabo por el Departamento de Salud de Puerto Rico,
- información de las pruebas de VIH realizadas en ambientes clínicos y no clínicos,
- el perfil de la epidemia y el continuo de cuidado desarrollados por el Programa Vigilancia de VIH/SIDA de la División de Epidemiología, e

<sup>13</sup> Véase Anejo 1, para la lista de fuentes identificadas.

<sup>14</sup> Por cuerpos de planificación nos referimos al Grupo Planificación de Prevención del VIH, Grupo de Planificación de Ryan White Parte B y el Concejo de Planificación del AME de San Juan.

- investigaciones realizadas por la Academia<sup>15</sup>.

Estas fuentes se analizaron y sintetizaron y a base de la información que surgió de las mismas, se diseñó una serie de talleres para compartir la información con los grupos de interés y, de acuerdo a sus diversos campos de experiencia, generar la discusión sobre las necesidades.

Los talleres se organizaron en dos rondas, cada una de dos sesiones (una para discutir los aspectos relacionados a prevención y otra para los aspectos relacionados a tratamiento). Durante los talleres, los(as) participantes se organizaron en grupos pequeños de trabajo, y a través de ejercicios guiados, se profundizó en las necesidades de los grupos que se ven más afectados por estas necesidades y otras disparidades (primera ronda de talleres). Una vez se profundizó en las necesidades y sus distintas manifestaciones, se realizó una segunda ronda de talleres en la cual se priorizaron las necesidades y se identificaron las barreras asociadas a estas. Un total de **89 personas** participaron de este proceso.

La información generada en los talleres, también fue objeto de discusión en las reuniones del Comité Timón del Proyecto. Como se describe en mayor detalle en la Sección II-B, este comité es parte de la estructura participativa creada para la elaboración del Plan Integral y contó con la representación de personal del Departamento de Salud, los Cuerpos de Planificación, la Comunidad infectada y afectada por VIH y la Academia. Igualmente, se llevó a cabo una sesión de discusión con representantes de las clínicas del Departamento de Salud, en la cual participaron un total de **54 personas**. Las conversaciones sostenidas a través de estas distintas actividades, se enmarcaron en las metas y objetivos de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA

---

<sup>15</sup> Véase Anejo 2, para el resumen de las necesidades identificadas en otros estudios.



Talleres para la identificación de necesidades de prevención y tratamiento del VIH.

### **NECESIDADES DE PREVENCIÓN Y BRECHAS**

Durante las sesiones dedicadas a la discusión sobre las necesidades de prevención, los(as) participantes coincidieron en que durante los pasados años, se ha observado una mejora en la prevención del VIH en Puerto Rico, lo cual se constata en una disminución en el número anual de nuevos diagnósticos. Esto, según los(as) participantes, se debe en gran medida al desarrollo de campañas educativas, la cooperación multi-sectorial, el acceso a recursos para financiar pruebas, la distribución de condones, la implementación de intervenciones de prevención de alto impacto y el acceso a medicamentos de VIH que mantienen la carga viral suprimida en personas que viven con VIH. Sin embargo, aun cuando se reconoce que ha habido avances significativos en la prevención del VIH, los(as) participantes entienden que se sigue observando un nivel alto de desigualdad en el diagnóstico de la infección, en el acceso a información sobre la epidemia y en la disponibilidad de recursos para actividades de prevención, particularmente con grupos específicos, como por ejemplo las PID y la población transgénero.

Estas desigualdades se manifiestan en diferentes niveles, tanto en términos geográficos, como socio-demográficos. En términos geográficos, se observan desigualdades en los esfuerzos de prevención que se realizan en el Área Metropolitana de San Juan y en otros centros urbanos comparados con los que se realizan en las zonas rurales de la isla con baja densidad poblacional. La población de personas inmigrantes también se identificó como uno de los grupos que se ve afectados por su situación con respecto a la ciudadanía y su temor a ser deportada, lo que limita su acceso a servicios. Igualmente, fue objeto de discusión las particularidades por grupo de edad. Por ejemplo, se resaltó que los jóvenes no utilizan prácticas de prevención y mantienen conductas de riesgo, debido a que le han “perdido el miedo” a la epidemia. Los avances en el tratamiento VIH ha generado un sentido de confianza que aporta a nuevos diagnósticos entre HSH 13 1 29. Ante esta situación, los(as) participantes de los talleres enfatizaron la necesidad de una política pública atemperada a las nuevas tendencias relacionadas a la epidemia.

Durante los talleres, se discutió a profundidad el estigma y discriminación como aspectos que limitan u obstaculizan la efectividad de los esfuerzos de prevención. A tales efectos, se mencionó la importancia de nuevas iniciativas de educación con perspectiva de género, para promover prácticas sexuales seguras y prevenir las infecciones de transmisión sexual. Estas iniciativas se han expandido en los últimos años pero todavía existen barreras para su pleno establecimiento como política pública. Hubo consenso en lo necesario que es desarrollar política pública y esfuerzos preventivos que tomen en cuenta los cambios sociológicos que han ocurrido en las pasadas dos décadas en particular cuando se trata de la comunidad LGBTIQ.

Se enfatizó la necesidad de implementar medidas e intervenciones innovadoras de prevención, basadas en evidencia. Una de estas estrategias discutidas ampliamente por los participantes fue el PrEP. En esa dirección, se enfatizó en la importancia de educar sobre la intervención y crear el andamiaje adecuado para ampliar su implementación. Actualmente, en Puerto Rico hay proveedores que ofrecen PrEP gracias a acuerdos colaborativos con la farmacéutica que distribuye el medicamento. De igual manera, la distribución estructurada de condones y los programas de intercambios de jeringuillas son programas que han sido implementados con éxito en algunas partes de Puerto Rico pero que aún requieren de mucho esfuerzo para mejorar su acceso. Además, se mencionó la necesidad de desarrollar medidas locales o

“criollas” para la prevención del VIH que tomen en consideración las particularidades de Puerto Rico y las necesidades específicas de las personas con conductas en riesgo y aquellas afectadas por el VIH.

La tabla que se presenta a continuación expone, por orden de prioridad, de las necesidades identificadas por los participantes de los talleres. Los participantes tuvieron una discusión inicial sobre la lista de necesidades que se deriva de otros estudios y fuentes de información, y validaron mediante consenso cuáles de esas necesidades continúan vigentes en la jurisdicción. Una vez las necesidades fueron validadas, cada participante le otorgó un nivel de prioridad basado en una escala en la que 1 era la necesidad de mayor prioridad. Para llegar a la lista final de necesidades prioritarias, se analizaron las puntuaciones otorgadas por todos los participantes, y se trabajó con una fórmula a base del inverso de la escala. Una vez contabilizadas las puntuaciones, las necesidades fueron ordenadas de mayor a menor. En la tabla, la primera columna ilustra el orden de prioridad otorgado por los participantes. La segunda columna, describe las necesidades identificadas por los(as) participantes de los talleres. La tercera columna incluye la puntuación total obtenida por cada necesidad en función de la aplicación de la escala. La cuarta columna, resume aquellas poblaciones en las cuales es más evidente cada necesidad, o con respecto a las cuales existen las brechas mayores. Finalmente, la quinta columna resume las disparidades que han observado los (as) participantes, de acuerdo a sus distintos campos de experiencia.

**Figura 35: Necesidades y Brechas de Prevención Identificadas**

Necesidades de prevención				
Prioridad	Necesidad	Puntuación	Poblaciones	Disparidades
1	Acceso e intercambio de información sobre VIH/ITS para procesos de toma de decisiones y planificación	VIH: 325 ITS: 322	VIH: Jóvenes, HSH, mujeres, transexuales ITS: Jóvenes, HSH, transexuales	VIH: geográfica ITS: geográfica, identidad de género
2	Política pública para la educación sexual con perspectiva de género	282	Jóvenes, Transexuales, heterosexuales, HSH, mujeres	Nivel socioeconómico, edad, religión
3	Disponibilidad y acceso a programas de intercambio de jeringuillas	274	PID, transexuales, confinados y ex-confinados	Geográfica
4	Educación sexual temprana y con perspectiva de género.	259	Jóvenes, HSH, adultos mayores, avanzada, Heterosexuales, transexuales	Creencias religiosas, estigma
5	Divulgación y educación a proveedores y personas con conductas de alto riesgo sobre nuevas estrategias de prevención (PrEP y PeP)	248	HSH, heterosexuales, personas con conductas de alto riesgo, mujeres	Acceso a plan médico, geográfica, orientación sexual
6	Desarrollar y hacer accesible estrategias de prevención con personas VIH positivas	235	HSH, PID, personas con conductas de alto riesgo, jóvenes	Geográfica, estigmas
7	Educación sobre prácticas sexuales seguras, uso correcto del condón y otros métodos de protección	213	Jóvenes, HSH, transexuales, mujeres, adultos mayores,	Estigma, geográfica, orientación sexual
8	Aumento y diversificación de escenarios de pruebas de VIH/ITS	186	Jóvenes, HSH, adultos mayores, personas sin hogar	Geográfica
9	Distribución y acceso a condones, en especial a personas con conductas de alto riesgo	174	Jóvenes, mujeres, HSH, PID	Geográfica, identidad de género, nivel socioeconómico, orientación sexual
10	Campañas educativas sobre educación y prevención del VIH, ITS y Hepatitis C enfocados por grupos de personas con conductas de alto riesgo	110	Jóvenes, mujeres, HSH, PID, transexuales	Edad, orientación sexual, geográfica, estado migratorio (lenguaje)

Nota: La base de esta ilustración está compuesta por las 38 personas que participaron de los ejercicios de prevención y que contestaron el ejercicio. Como anejo, se incluye la tabla de las necesidades de prevención identificadas por los participantes de las sesiones de tratamiento. Dicha información fue utilizada igualmente por los participantes de las sesiones de prevención para la elaboración de las estrategias.

---

## NECESIDADES DE TRATAMIENTO

En cuanto al nivel de avance y la situación actual de la meta número dos de la Estrategia Nacional Contra el VIH, relacionada al cuidado y tratamiento, la mayoría de los(as) participantes de los talleres indicaron que se ha observado una mejoría al evaluar los últimos cinco años. De forma general, los(as) participantes destacaron mejorías tanto en la provisión de los servicios como en la accesibilidad a tratamientos, medicamentos y enlace a servicios. Sin embargo, la gran mayoría reconoció que a pesar del progreso de los pasados años, resta mucho trabajo por efectuar. En ese marco, se identificaron brechas relacionadas a la transportación, el acceso a vivienda, la comunicación inter-agencial, el acceso a información y la limitada disponibilidad de centros de servicios fuera del Área Metropolitana, entre otros.

En la conversación los(as) participantes identificaron como la necesidad más apremiante el *enlace a tratamiento*, en particular en el contexto de las nuevos parámetros que plantea la Estrategia Nacional de enlazar a las personas en un mes o menos a partir de su diagnóstico. Los(as) participantes identificaron el nivel socioeconómico y el aspecto geográfico, como dos de las áreas en las que pueden observarse las mayores disparidades con respecto a esta necesidad. Igualmente, plantearon como esta necesidad se torna más imperiosa en cuanto a los jóvenes, las personas sin hogar (PSH), PID y los adultos mayores.

El acceso limitado a servicios de transportación fue identificado como una de las barreras para el acceso a servicios. Esta es una necesidad ampliamente discutida en los estudios de necesidades de tratamiento analizados, como parte del proceso de planificación (2012 y 2014). De acuerdo a los(as) participantes, las poblaciones que se ven especialmente afectadas por las limitaciones en los servicios de transportación son los adultos mayores, PSH y PID. Asimismo, el nivel socioeconómico y las diferencias geográficas se identificaron como disparidades en el acceso a ese servicio.

Por otro lado, el *acceso a médicos, enfermería y laboratorios*, se destacó como una necesidad en algunas poblaciones especiales que viven con VIH. En el caso de esta necesidad, se puntualizó en la población transgénero, los adultos mayores, las PID y las PSH como aquellas poblaciones que mayormente sufren limitaciones en el acceso a médicos, enfermería y laboratorios. Igualmente, los grupos fueron enfáticos en identificar el estigma como un factor limitante en el acceso de estas poblaciones a los servicios. En cuanto a la *retención en tratamiento*, se identificaron limitaciones particularmente en los jóvenes, las PSH y las PID. Por otra parte, en cuanto al *acceso a medicamentos*, a pesar de que los(as) participantes indicaron que ha habido una mejoría sustancial en comparación con los pasados cinco años, se identificaron una serie de poblaciones en las que resulta medular fortalecer el acceso a medicamentos, entre las que se encuentran los jóvenes, adultos mayores, las PSH y las PID. Asimismo, identificaron las diferencias geográficas en la prestación de los servicios, el nivel socioeconómico, la falta de transportación y la cubierta de los planes médicos como aspectos que limitan el acceso a medicamentos.

Otra de las brechas identificadas fue la *consejería en adherencia* en particular para las poblaciones de adultos mayores, jóvenes, PSH y PID. De igual forma, los *servicios de manejo de caso*, se destacaron como un área de prioridad, en poblaciones como Transgénero, HSH, PSH y PID. En el caso de los servicios de manejo de caso, se identificó el estigma de los propios proveedores de servicios y las condiciones de salud mental que presentan las poblaciones como aspectos que limitan el acceso a servicios.

Con respecto al cuidado de las personas que viven con VIH y el acceso a médicos especialistas (ginecólogos, urólogos, neurólogos, oncólogos, gastroenterólogos, entre otros) los(as) participantes mostraron gran preocupación, particularmente en relación a las poblaciones trans, PSH y PID. En esa dirección, resaltaron el estigma y las cubiertas de los planes de salud como dos de los factores principales que inciden en esta necesidad. La necesidad de educar a los profesionales de la salud en Puerto Rico se planteó como una a nivel macro para reducir el estigma. De hecho, se propuso como posible solución a esta necesidad en el marco de desarrollo de una política pública para hacer compulsoria y/o ampliar la educación sobre VIH a profesionales de la salud. Igualmente se destacaron otras limitaciones vinculadas al contexto social y económico en Puerto Rico, como la migración que ha causado una merma en el banco de recursos de profesionales de la salud en el país.

En la misma dirección de cambios necesarios en la política pública como posible solución para aumentar el acceso a cuidado, se planteó la necesidad de flexibilizar las normas sobre los lugares donde la población puede acceder los servicios de cuidado primario, particularmente en el caso de las personas cubiertas por el seguro de salud del estado. De acuerdo a los participantes en Puerto Rico, siguen existiendo barreras actitudinales y vinculadas al estigma, que llevan a la persona con VIH a buscar servicios fuera de su área geográfica. Sin embargo, el sistema público no necesariamente provee la flexibilidad para ello en el contexto del cuidado primario.

En cuanto a otros servicios de cuidado y apoyo, los(as) participantes destacaron en especial el acceso limitado a servicios de salud mental (cobertura y acceso a psicólogos, psiquiatras, coordinación para tratamiento de drogas y alcohol), y la necesidad de vivienda permanente y vivienda asistida como brechas que afectan el acceso a cuidado. Esta última, es una necesidad particularmente asociada con las poblaciones de edad avanzada, las PSH y las PID.

La siguiente tabla resume, por orden de prioridad, las necesidades vinculadas a cuidado y tratamiento, identificadas por los participantes como resultado de los talleres llevados a cabo. La primera columna ilustra el orden de prioridad otorgado por los participantes. La segunda de las columnas, describe las necesidades identificadas por los(as) participantes de los talleres. La tercera columna incluye la puntuación total obtenida por cada necesidad en función de la aplicación de la escala de prioridad. La cuarta columna, por otro lado, resume aquellas poblaciones en las cuales es más evidente cada necesidad, o con respecto a las cuales existen las mayores brechas. Finalmente, la quinta columna resume las disparidades observadas, que de acuerdo a sus distintos campos de experiencia han observado los(as) participantes.

Figura 36: Necesidades y Brechas de Cuidado y Tratamiento Identificadas

NECESIDADES RELACIONADAS AL CUIDADO Y TRATAMIENTO				
Prioridad	Necesidad	Puntuación	Poblaciones	Disparidades
1	Enlace a tratamiento	476	Jóvenes, Personas sin hogar, PID	Geográfico, nivel socioeconómico
2	Transportación a citas médicas	452	Adultos mayores, personas sin hogar, PID	Geográfico, nivel socioeconómico
3	Acceso a médicos, enfermería y laboratorios	422	PID, personas sin hogar, transexual, adultos mayores	Geográfico, nivel socioeconómico, estigma, identidad de género
4	Retención en tratamiento	414	PID, jóvenes, personas sin hogar, PID	Geográfico, nivel socioeconómico, estigma
5	Acceso a medicamentos	385	PID, personas sin hogar, jóvenes, adultos mayores	Geográfico, nivel socioeconómico, cubierta de planes médicos, transportación
6	Servicios de salud mental (cobertura y acceso a psicólogos, psiquiatras, coordinación para tratamiento de drogas y alcohol)	363	PID, personas sin hogar, Jóvenes, transexual	Estigma, geográfico, orientación sexual
7	Vivienda	284	PID, personas sin hogar, adultos mayores	Geográfico, nivel socioeconómico
8	Consejería en adherencia (asistencia profesional para ayudarlo a recordar cuándo tomar los medicamentos, asistir a las citas médicas y realizar sus laboratorios, entre otros)	263	PID, personas sin hogar, adultos mayores, jóvenes	Geográfico, nivel educativo, nivel socioeconómico
9	Acceso a médicos especialistas (ginecólogo, urólogo, neurólogo, oncólogo y gastroenterólogo, entre otros)	247	Personas sin hogar, adultos mayores, transexual	Estigma, cubierta de planes médicos
10	Servicios de manejo de casos	247	PID, personas sin hogar, HSH, transexual	Estigma, geográfico, salud mental
11	Desarrollo de política pública para hacer compulsoria la educación sobre VIH a profesionales de la salud	182	Jóvenes, personas con conducta de alto riesgo, adultos mayores, personas que viven con VIH	Estigma, nivel socioeconómico y educativo

Nota: La base de esta ilustración está compuesta por las 48 personas que participaron de los ejercicios de tratamiento y que contestaron el ejercicio. Como anejo, se incluye la tabla de las necesidades de tratamiento identificadas por los participantes de las sesiones de prevención. Dicha información fue utilizada igualmente por los participantes de las sesiones de tratamiento para la elaboración de las estrategias.

## D – BARRERAS A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH

Una vez se identificaron y priorizaron las necesidades relacionadas a la prevención y tratamiento del VIH, los (as) participantes de los talleres, identificaron las barreras que impiden el acceso a dichos servicios. Los tipos de barreras se definieron de la forma siguiente:

- Barreras Sociales (pobreza, culturales, estigma)
- Barreras federales, estatales o municipales relacionadas a la política pública (por ejemplo cobertura de planes médicos)
- Barreras vinculadas al Departamento de Salud (capacidad del personal en términos de desarrollar y adiestramiento, falta de personal, procesos administrativos)
- Barreras de programas (por ejemplo, infraestructura, disponibilidad de fondos, sistemas de información)
- Barreras de proveedores de servicios (falta de recursos, niveles de especialización o peritaje)
- Barreras vinculadas a los beneficiarios (transportación, deambulancia o inestabilidad de vivienda, pobreza, estigma, comorbilidad, entre otras).

Como se observa en las primeras dos tablas, las barreras principales identificadas están asociadas a factores sociales y a los programas y proveedores.

Como anejo a este documento, se incluyen las barreras en detalle identificadas para cada necesidad. El producto de este ejercicio, fue utilizado en los talleres posteriores para elaborar actividades dirigidas a atender o superar estas barreras.

Figura 37: Resumen de barreras asociadas a servicios de prevención

Necesidades	Barreras					
	Programas	Proveedores de servicios	Federales, estatales o municipales	Sociales	Vinculadas a los beneficiarios	Vinculadas a la Estructura Administrativa
1 Acceso e intercambio de información sobre VIH para procesos de toma de decisiones y planificación	11	7	11	8	4	10
2 Acceso e intercambio de información sobre ITS para procesos de toma de decisiones y planificación	10	9	9	8	7	7
3 Política pública para la educación sexual con perspectiva de género	11	12	18	21	8	14
4 Disponibilidad y acceso a programas de intercambio de jeringuillas	28	27	29	27	22	24
5 Educación sexual temprana y con perspectiva de género.	15	19	22	28	17	21
6 Divulgación y educación a proveedores y grupos en riesgo sobre nuevas estrategias de prevención (PrEP, PEP, nPEP)	27	29	26	25	20	20
7 Desarrollar y hacer accesible estrategias de prevención con personas VIH positivas	24	27	14	27	15	18
8 Educación sobre prácticas sexuales seguras, uso correcto del condón y otros métodos de protección	22	25	24	31	19	15
9 Aumento y diversificación de escenarios de pruebas de VIH	24	25	23	28	21	20
10 Distribución y acceso a condones, en especial a grupos en riesgo	23	17	27	32	21	14
11 Campañas educativas sobre educación y prevención del VIH, ITS y Hepatitis C enfocados por grupos de personas con conductas de alto riesgo	27	18	28	31	14	27

**Figura 38: Resumen de barreras asociadas a servicios de cuidado y tratamiento, por orden de mención**

Necesidades	Barreras					
	Programas	Proveedores de servicios	Federales, estatales o municipales	Sociales	Vinculadas a los beneficiarios	Vinculadas a la estructura administrativa
<b>1</b> Enlace a tratamiento	34	32	28	39	34	17
<b>2</b> Transportación a citas médicas	35	27	31	30	26	17
<b>3</b> Acceso a médicos, enfermería y laboratorios	26	31	30	29	30	16
<b>4</b> Retención en tratamiento	28	23	17	39	38	13
<b>5</b> Acceso a medicamentos	23	30	25	33	33	15
<b>6</b> Servicios de salud mental (Cobertura y acceso a psicólogos, psiquiatras, coordinación para tratamiento de drogas y alcohol)	30	35	34	39	32	21
<b>7</b> Vivienda	28	15	29	31	21	17
<b>8</b> Consejería en adherencia (asistencia profesional para ayudarle a recordar cuándo tomar los medicamentos, asistir a las citas médicas y realizar sus laboratorios, entre otros)	22	26	15	27	30	12
<b>9</b> Acceso a médicos especialistas (ginecólogo, urólogo, neurólogo, oncólogo y gastroenterólogo, entre otros)	20	31	25	27	23	17
<b>10</b> Servicios de manejo de casos	16	9	8	11	10	11
<b>11</b> Desarrollo de política pública para hacer compulsoria la educación sobre VIH a profesionales de la salud	13	12	18	15	2	10

## E. DATOS: ACCESO, FUENTES DE INFORMACIÓN Y SISTEMAS

### A. FUENTES DE DATOS

Para propósitos de llevar a cabo el estudio de necesidades presentado previamente, se combinaron distintas fuentes de información. El perfil epidemiológico fue preparado por el personal del Programa de Vigilancia de VIH/SIDA del Departamento de Salud de Puerto Rico utilizando las siguientes fuentes de información:

- Datos provenientes del Sistema de Vigilancia de SIDA en Puerto Rico
- Datos provenientes del Sistema de Vigilancia de la Conducta - NHBS
- Negociado del Censo de los Estados Unidos<sup>16</sup>

Para efectos del Análisis de Necesidades Médicas No Cubiertas, se utilizaron las bases de datos de los recipientes de los fondos Ryan White Partes A, B, C y D, así como las bases de datos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

Por otra parte, como punto de partida para la identificación de las necesidades y proveer información que pudiera servir de insumo para fomentar la discusión en los talleres con los grupos de interés, se identificaron los estudios realizados por el Departamento de Salud, así como la Academia, durante los cinco años previos al proceso de planificación integrada (para la lista completa de referencias puede referirse al Anejo 1), entre los cuales se encuentran:

- Estudio de necesidades de Prevención y Tratamiento del VIH y ETS (2014), Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Estudio de Necesidades y Satisfacción con los Servicios VIH/SIDA (2012), Programa Ryan White Parte B.
- Estudio sobre las conductas de riesgo entre el grupo de hombres entre las edades de 13 y 24 años que tienen sexo con hombres (2015), Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Informe Estudio de Necesidades a Personas que viven con VIH, Ryan White Parte B (2013), Programa Ryan White Parte B.

Para la lista completa de referencias puede referirse a los anejos.

### B. POLÍTICAS QUE REPRESENTARON BARRERAS

El Sistema de Vigilancia de SIDA en PR fue implementado en el 1987 y tiene a su cargo la identificación, cuantificación y documentación de individuos diagnosticados como casos de VIH/SIDA, conforme a la definición de caso del CDC. Es responsable de mantener una vigilancia epidemiológica pro-activa y proteger la confidencialidad de los casos de VIH/SIDA. La hoja de reporte recopila información demográfica, geográfica, epidemiológica y clínica de la población afectada por el virus. A partir de enero del año 2003, entró en vigor la Orden Administrativa 177, que establece el reporte obligatorio de la infección con VIH o SIDA. El

---

<sup>16</sup> La información recopilada incluye la estimación de la población puertorriqueña al 1<sup>ero</sup> de julio de cada año durante el periodo 2007 – 2014 por edad, sexo y municipio de residencia. En adición, se obtuvo la mediana de edad de la población por sexo y la densidad poblacional. La información se obtuvo a través de la red en la siguiente dirección: <http://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml>

reporte de casos no debe exceder los cinco días laborables luego de la fecha de diagnóstico. En el año 2015, se firmó la Orden Administrativa Núm. 336, que establece la utilización del nuevo algoritmo de pruebas de VIH, que permite la identificación de la infección en el periodo agudo.

Por otra parte, el Sistema de Vigilancia de la Conducta de Riesgo para el VIH/SIDA es una encuesta transversal anónima que se realiza anualmente en la Zona Metropolitana Estadística (San Juan – Caguas – Guaynabo). Se compone de tres ciclos de entrevistas; cada ciclo estudia las conductas de riesgo de una de las poblaciones identificadas como alto riesgo de infección con el VIH. El primer ciclo correspondió a la población HSH. Los criterios de elegibilidad para la vigilancia de la conducta en esta población son: (1) HSH, (2) de 18 años de edad o más, (3) ser residente de la Zona Metropolitana Estadística de San Juan – Caguas - Guaynabo, (4) que no haya participado previamente en el estudio durante el presente ciclo.

---

### LIMITACIONES DEL REPORTE DE LOS DIAGNÓSTICOS DE VIH

Aunque el reporte de los casos de VIH (independiente de SIDA) representa el medio más preciso de contabilizar los casos totales de infección con el VIH comparado con los casos de SIDA, el mismo se encuentra limitado por lo siguiente:

- | personas que se realizaron la prueba de detección del virus de forma anónima no se reportaron al Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA.
- | subestimación de casos recientemente infectados (personas que desconocen su estado de infección porque no se han realizado la prueba de detección o sencillamente no se sienten a riesgo de infectarse).

---

### LIMITACIONES DE ESTUDIOS REVISADOS COMO PARTE DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Algunos de los estudios utilizados como referencia para llevar a cabo el ejercicio de identificación y priorización de necesidades presentan limitaciones en torno al marco muestral, debido a que partieron de muestras no probabilísticas. Por lo tanto, los hallazgos que se derivan de dichas investigaciones, no pueden ser extrapolados al universo y sirvieron mayormente como referente para la conversación en los talleres y para verlos en conjunto con otras fuentes de información y la experiencia de los propios participantes.

### C. DATOS QUE AL GRUPO DE PLANIFICACIÓN LE HUBIERA GUSTADO UTILIZAR EN EL AVALÚO DE NECESIDADES

Igualmente, en términos de los recursos disponibles en la jurisdicción, la información epidemiológica relacionada al perfil y necesidades de la población transgénero en Puerto Rico no estuvo disponible en el proceso de la toma de decisiones. En relación a los recursos disponibles en la jurisdicción, hubiera sido deseable contar con mayor información sobre los fondos dirigidos específicamente a la población confinada con VIH, así como un mayor detalle de los recursos humanos en la jurisdicción que trabaja con el VIH.

Cabe destacar que debido al proceso de depuración, maduración y validación de los datos epidemiológicos de VIH, como establece el CDC, en las sesiones de talleres se presentaron los datos del 2013 para el estimado de Necesidades Médicas No Cubiertas en Personas que Viven con VIH (*Unmet Need*) y el Continuo de Cuidado del VIH. Se proyecta diseminar la actualización de ambos análisis antes de finalizar el 2016; de manera que los Cuerpos Asesores

de Planificación, y otros colaboradores de servicios puedan realizar ajustes al Plan Integrado según sea necesario.

# SECCIÓN II: PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE VIH

## A. PLAN INTEGRADO

Esta sección presenta el Plan Integrado desarrollado para la Jurisdicción. El mismo incluye los componentes siguientes:

**Metas:** Declaración amplia de propósito que describe los efectos previstos a largo plazo de las actividades alineadas con la Estrategia Nacional de VIH/SIDA.

**Objetivos:** Declaraciones medibles que describen los resultados que se espera alcanzar.

**Estrategias:** Enfoque a través del cual se alcanzarán los objetivos.

**Actividades:** Pasos y acciones que se requieren para poder implantar la estrategia y alcanzar los objetivos.

**Poblaciones objeto:** El grupo de individuos, organizaciones u otras entidades al que va dirigida la actividad, es decir que se espera sean afectados o impactados a través de esa actividad. Dependiendo de la actividad, puede incluir los grupos de personas con conductas de riesgo, personas viviendo con VIH, proveedores de servicios, administradores de servicios y la Academia, entre otros.

**Responsables:** Grupos, entidades o sectores que juegan un papel importante en la implantación de esas estrategias y actividades.

**Indicadores:** Datos, medidas o fuentes de información a través de los cuales se mide o determina la consecución o logro de los productos esperados de cada actividad.

Los recursos con los que se compromete la jurisdicción para efectos de ejecutar el Plan, se incluyen en la sección I-C, de este documento.

Durante el proceso de planificación se identificaron dos tipos de barreras que podrían afectar la implementación del Plan: barreras asociadas a la condición fiscal del país y aquellas relacionadas a las limitaciones que impone el marco legal y de política pública. Por otro lado, representa un reto facilitar o ampliar la integración de esfuerzos de los diversos sectores vinculados a la prestación de servicios de prevención y cuidado de VIH y establecer los sistemas de comunicación, coordinación, colaboración y rendición de cuentas necesarios. Para atender estas barreras, se incluyen diversas estrategias y actividades en el Plan Integrado, particularmente en la Meta #4.

# META 1:

Reducir las nuevas  
infecciones de VIH

---

**Objetivo 1.1: Aumentar de un 88% a un 90% de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>1.1.A</b> Viabilizar la implementación de la prueba rutinaria del VIH para la población general en los escenarios clínicos.	Desarrollar y diseminar una guía de mejores prácticas para la implementación de la prueba rutinaria de VIH en P.R.	Escenarios Clínicos <sup>17</sup> , Profesionales de la salud	Para Junio de 2017	DSPR (OCASET) Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía desarrollada</li> <li>• Número de escenarios clínicos que recibieron la guía</li> <li>• Número de profesionales de la salud que recibieron la guía</li> </ul>
	Ampliar los esfuerzos de educación y adiestramiento a profesionales de la salud sobre la prueba rutinaria y todo lo relacionado al diagnóstico.	Profesionales de la salud	Continuo durante el periodo del Plan	Colegios de Profesionales de la Salud, DSPR (OCASET), AETC, Aseguradoras, Juntas Examinadoras, Asociaciones de Profesionales, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de actividades y sesiones de capacitación provistas</li> <li>• Número de participantes</li> </ul>
	Promover y ampliar acceso a pruebas de VIH en los escenarios clínicos mediante la implementación de las guías de mejores prácticas sobre la prueba rutinaria del VIH.	Escenarios Clínicos, Profesionales de la salud, incluyendo médicos primarios y hospitales	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH <sup>18</sup> , Proveedores de servicio, Aseguradoras, Comisionado de Seguros, Departamento de Corrección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pruebas</li> <li>• Positividad</li> <li>• Número de escenarios clínicos</li> <li>• Número de proveedores de la salud</li> </ul>

<sup>17</sup> Por escenarios clínicos se entiende la gama amplia de proveedores clínicos, tanto privados, como públicos y sin fines de lucro. Se incluyen, por tanto, oficinas médicas, hospitales, centros de salud comunitarios 330, entre otros.

<sup>18</sup> Por Recipientes de fondos para servicios de VIH se entiende aquellas entidades que reciben fondos del Departamento de Salud, HRSA o el CDC para proveer servicios de prevención o tratamiento del VIH, según sea el caso.

	Desarrollar e implementar una estrategia para que la prueba rutinaria del VIH sea sustentable a largo plazo.	Departamento de Salud, Proveedores de servicios <sup>19</sup>	2018-2021	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio, Entidades Privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategia desarrollada</li> <li>Número de escenarios clínicos que recibieron la guía</li> <li>Número de proveedores que recibieron la guía</li> <li>Número de escenario donde se mantiene el servicio de prueba rutinaria</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>1.1 B.</b> Determinar esfuerzos eficientes para que los servicios de pruebas del VIH en escenarios no-clínicos se puedan proporcionar a las poblaciones de mayor riesgo, en particular PID, HSH, Jóvenes HSH <sup>20</sup> ,	Desarrollo y promoción de recomendaciones para atender las barreras que se han identificado en las leyes/reglamentos/políticas aplicables a la toma de muestra relacionadas a pruebas rápidas y el ofrecimiento en lugares no-tradicionales	Departamento de Salud, Proveedores de Servicio, Colegio de Tecnólogos Médicos PRHIA Comunidad VIH ASES	Diciembre 2017 <sup>21</sup>	Entidades de servicio, DSPR (OCASET, Asesores Legales, SARAF), Colegio de Tecnólogos Médicos, Comité de Política Pública <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de recomendaciones a ser promovidas para la remoción de barreras identificadas</li> </ul>

<sup>19</sup> Proveedores de servicios se refiere a las entidades públicas, privadas con fines de lucro o privadas sin fines de lucro que proveen servicios relacionados a la prevención o tratamiento del VIH en la jurisdicción, independientemente sean recipientes de fondos bajo el CDC o HRSA.

<sup>20</sup> Para efectos de esta intervención jóvenes HSH se define como hombres entre las edades de 13 A 29 años.

<sup>21</sup> En aquellas instancias en las que no se especifica un mes, se entiende diciembre de ese año.

<sup>22</sup> Al indicar Comité de Política Pública se refiere al Comité Multisectorial que se propone crear como parte de las estrategias de la Meta #4. El mismo buscará fortalecer la política pública y promover una mayor vinculación de los sectores del país relacionados a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH/SIDA, ITS, Hepatitis y TB en Puerto Rico.

Trans, Mujeres Heterosexuales y otras poblaciones emergentes.	Aumentar los escenarios no-clínicos donde se haga la prueba de VIH dirigida a poblaciones con conductas de riesgo	Entidades de Servicio, Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de escenarios no-clínicos</li> <li>Número de pruebas realizadas en los escenarios no-clínicos por región y municipios</li> <li>Positividad</li> </ul>
	Implementar actividades de pruebas de VIH innovadoras <sup>23</sup> y enfocadas en las poblaciones con conductas de riesgo	PID, HSH, Jóvenes HSH, Transexuales	Continuo durante el periodo	Entidades de servicio, DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de actividades implementadas</li> <li>Número de participantes</li> </ul>
	Diseño e implementación de campañas educativas culturalmente competentes y enfocadas a diversas poblaciones y/o poblaciones con conductas de riesgo para concienciar sobre el cernimiento y la prevención del VIH y otras ITS.	Jóvenes, Jóvenes HSH, Transexuales, Mujeres heterosexuales, PID, HSH, poblaciones emergentes	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET) Sector Privado y Público Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de campañas educativas diseñadas</li> <li>Número de campañas educativas publicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>Fecha y duración de la campaña</li> <li>Medios de divulgación</li> </ul> </li> <li>Alcance de la campaña<sup>24</sup></li> </ul>

<sup>23</sup> Por actividades de pruebas de VIH innovadoras se entiende aquella actividad o combinación de actividades, creativas, eficaces, costo-eficientes, que producen resultados sostenibles y el mayor impacto en la prevención del VIH en grupos o comunidades específicas.

<sup>24</sup> Por alcance de la campaña se entiende el número y/o por ciento de personas que estuvieron expuestas a la campaña.

	Promover cambios en legislación para que las pruebas rápidas se puedan llevar a cabo en escenarios no clínicos, así como el uso de otras tecnologías recientes para la realización de pruebas	Proveedores en escenarios no clínicos	2018	Entidades de servicio, DSPR (OCASET, Asesores Legales, SARAF), Colegio de Tecnólogos Médicos, Comité de Política Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de recomendaciones en legislación</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
1.1 C Intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde está más concentrada la infección del VIH, enfocándose en las personas VIH-negativas con conductas de riesgo (entre estas, HSH, Jóvenes HSH, Transexuales, PID, Mujeres Heterosexuales) y las personas que viven con VIH.	Monitorear los datos existentes de la infección del VIH y los esfuerzos de prevención para dirigir los recursos a las áreas de mayor incidencia y prevalencia de casos.	Sistema de Vigilancia VIH División de Prevención	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia) Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de la epidemia actualizada</li> <li>• Información sobre recursos dirigidos</li> <li>• Información actualizada de los esfuerzos de prevención</li> </ul>
	Asignar recursos en conformidad con la distribución geográfica de la infección y las áreas de mayor incidencia y prevalencia.	Jóvenes HSH, HSH, Transexuales, PID, Mujeres Heterosexuales	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia), Proveedores de fondos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe sobre recursos asignados por área e incidencia y prevalencia por área geográfica</li> </ul>
	Desarrollar y diseminar un protocolo para identificar factores de riesgo y el manejo y/o referido de las personas con un resultado negativo, que están a riesgo considerable de adquirir VIH.	Proveedores de servicios, Escenarios No-clínicos	2018	DSPR (OCASET) Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo desarrollado</li> <li>• Número de proveedores de servicio que recibieron el protocolo</li> </ul>

**Objetivo 1.2 Reducir en un 25% el número de casos diagnosticados con VIH.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>1.2.A</b> Expandir iniciativas de prevención para la infección por el VIH con una combinación de enfoques basados en evidencia, dirigidas a las personas con conductas de riesgo<sup>25</sup> de infección por VIH, incluyendo HSH, PID, PUD, CH, Trabajadores Sexuales, PSH y Transexuales.</p>	<p>Ampliar el alcance de la estrategia de intercambio de jeringuillas y reducción de daños a nivel isla.</p>	<p>HSH, PUD, PID, Trabajadores Sexuales, CH, PSH, Transexuales</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DSPR (OCASET), Proveedores de fondos Proveedores de servicios Alianzas público privadas CoPuReDa ASSMCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de programas de intercambio de jeringuillas y reducción de daños a nivel isla</li> <li>Número de participantes de programas de intercambio de jeringuillas y reducción de daños a nivel isla</li> </ul>
	<p>Promover la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de distribución de condones mediante una intervención estructural<sup>26</sup>.</p>	<p>Entidades de servicios</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de colaboradores para la distribución de condones</li> <li>Número de condones distribuidos</li> <li>Variedad de condones distribuidos</li> </ul>
	<p>Fortalecer el enlace a servicios<sup>27</sup> para prevenir nuevas infecciones en personas VIH negativas que mantienen conductas de riesgo.</p>	<p>Personas con conductas de riesgo</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, ASSMCA Proveedores de servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personas referidas a servicios</li> </ul>

<sup>25</sup> Conductas de riesgo incluye aquellas conductas como, por ejemplo, el uso problemático de sustancias, el sexo con múltiples parejas y el sexo sin protección, las cuales podrían aumentar el riesgo de contraer el VIH.

<sup>26</sup> De acuerdo al CDC, una intervención estructural, busca producir cambios en el ambiente o contexto que tienen como finalidad aumentar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el uso de condones.

<sup>27</sup> Por servicios se refiere, por ejemplo, a aquellos relacionados a ITS, Tuberculosis y Hepatitis C, entre otros.

	Fortalecer la implementación o la expansión de intervenciones de prevención de alto impacto ( <i>HIP</i> , por sus siglas en inglés) basadas en evidencia, para la reducción de conductas de riesgo.	Personas con conductas de riesgo	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de intervenciones implantadas</li> <li>•Número de participantes de intervenciones de prevención de alto impacto</li> </ul>
	Establecer acuerdos de colaboración multi-sectoriales para impactar poblaciones a través de actividades no tradicionales dirigidas a la prevención del VIH.	Agencias gubernamentales y no-gubernamentales, sector privado	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Agencias gubernamentales y no-gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de acuerdos establecidos</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
1.2.B Ampliar el acceso a servicios de prevención haciendo uso de estrategias innovadoras y basadas en evidencia, incluyendo enfoques combinados dirigidos a las personas que viven con VIH.	Promover la identificación y asignación de recursos al desarrollo de intervenciones locales innovadoras y basadas en evidencia	Academia, Recipientes de fondos para servicios de VIH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Academia, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proyectos dirigidos al estudio y desarrollo de intervenciones locales innovadoras y basadas en evidencia</li> </ul>
	Reforzar la integración y enlace temprano <sup>28</sup> a servicios de tratamiento y otros servicios <sup>29</sup> para las personas viviendo con VIH para mantener la carga viral de la	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	HUD, ASSMCA, DFPR, DTPR, DSPR, DCPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de enlaces a tratamiento</li> <li>•Número de referidos a servicios de apoyo</li> <li>•Número de personas referidas enlazadas a servicios</li> </ul>

<sup>28</sup> Por enlace temprano, se refiere al enlace a servicios de tratamiento dentro de un mes desde que la persona es diagnosticada con la infección del VIH.

<sup>29</sup> Otros servicios se refiere a servicios de salud mental, servicios de vivienda, entre otros que contribuyan a mejorar los resultados en la salud de las personas viviendo con VIH.

	comunidad suprimida.				
	Fortalecer la estrategia de notificación de parejas al momento de realizar la prueba y de manera rutinaria durante la provisión de cuidado y tratamiento.	Personas que viven con VIH y sus parejas	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, CPTETs), Proveedores de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de personas enlazadas a PS (por sus siglas en inglés)</li> <li>•Número de pruebas realizadas</li> </ul>
	Intensificar esfuerzos para promover enlace a cuidado, adherencia y retención en tratamiento.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia SIDA), Recipientes de fondos para servicios de VIH, OBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de enlaces a tratamiento</li> <li>•Número de personas retenidas en tratamiento</li> </ul>
	Enfatizar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de distribución de condones mediante una intervención estructural.	Entidades de servicios	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de colaboradores para la distribución de condones</li> <li>•Número de condones distribuidos</li> </ul>
	Fortalecer la implementación o la expansión de intervenciones de prevención de alto impacto (HIP, por sus siglas en inglés) basadas en evidencia para la reducción de conductas de riesgo.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de intervenciones</li> <li>•Número de participantes</li> </ul>
	Diseño e implementación de campañas educativas culturalmente competentes que atiendan los temas de	HSH, transexuales, jóvenes (13-29), Mujeres, PID, comunidad en general	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Agencias gubernamentales y no-gubernamentales, GPPV	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de campañas educativas diseñadas</li> <li>•Número de campañas educativas publicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y duración de la campaña</li> </ul> </li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a las que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
	estigma y discriminación sobre el VIH y la sexualidad.				<ul style="list-style-type: none"> <li>•Medios de divulgación</li> <li>•Alcance de la campaña</li> </ul>
<b>1.2. C</b> Implementar actividades de educación para aumentar el conocimiento sobre servicios de prevención eficaces, incluyendo la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la profilaxis posterior a la exposición (PEP/nPEP).	Desarrollar y disseminar una guía de estándares de cuidado para personas en riesgo significativo de VIH para educarlos sobre la alternativa de PrEP.	Personas con conducta de riesgo	Para junio 2017	DSPR (OCASET), Agencias que brindan servicios, Comité Asesor de PrEP/PEP/Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Guía desarrollada</li> <li>•Número de proveedores que recibieron la guía</li> </ul>
	Educar a los proveedores de servicio clínico sobre la importancia del PrEP//nPEP.	Proveedores de servicio, Aseguradoras/Co misionada de Seguros	Para junio 2019	DSPR (OCASET), AETC, Academia, Directores médicos/clínicos/ administrativos, Comité Asesor de PrEP/PEP/nPEP/Hospitales, CPTETs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas</li> <li>•Número de proveedores que participan de las actividades educativas</li> <li>•Número de representantes de aseguradoras que participan en las actividades educativas</li> </ul>
	Educar al público sobre el PrEP/PEP/nPEP, sus beneficios y como accederlas.	Población general y personas con conductas de riesgo significativas	2019	DSPR (OCASET), Agencias que brindan servicios, Comité Asesor de PrEP/PEP/organizaciones de base comunitaria y otros colaboradores/Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas</li> <li>•Número de participantes en las actividades educativas realizadas</li> </ul>

Facilitar acceso a PrEP/PEP/nPEP en las poblaciones con conductas de riesgo.	Población general y personas con conductas de riesgo	2019	DSPR (OCASET), Agencias que brindan servicios, Comité Asesor de PrEP/PEP/nPEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proveedores que ofrecen PrEP/PEP/nPEP</li> <li>•Número de referidos a PrEP/PEP/nPEP</li> <li>•Número de personas tomando PrEP/PEP/nPEP</li> </ul>
Monitorear y evaluar la implementación de PrEP en las poblaciones con conductas de riesgo.	Proveedores de servicio, Aseguradoras	2020-2021	DSPR (OCASET), Agencias que brindan servicios, Comité Asesor de PrEP/PEP/nPEP/ Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informes de monitoria y evaluación de acuerdo a los indicadores que se desarrollen</li> </ul>

**Objetivo 1.3 Reducir en al menos 10%, el por ciento de hombres que tienen sexo con hombres, hombres jóvenes que tienen sexo con hombres y mujeres con conducta heterosexual que presentan conductas de riesgo de infección.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>1.3.A</b> Proporcionar estrategias de prevención, con base científica y adecuadas a la edad que aborden la reducción de riesgo de VIH en los HSH, jóvenes HSH <sup>30</sup> y Mujeres CH.	Establecer alianzas con el Departamento de Educación, universidades e instituciones postsecundarias para implementar estrategias y actividades de prevención del VIH e ITS.	Departamento de Educación Universidades Instituciones Post Secundarias universitarias y no universitarias	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Departamento de Educación, Proveedores de servicios, Comité de Política Pública, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de acuerdos/alianzas con entidades educativas</li> <li>•Número de actividades que llevan a cabo las entidades como parte de esos acuerdos</li> <li>•Número de personas que participan de las actividades</li> </ul>
	Asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de distribución de condones mediante una intervención estructural	Entidades de servicios	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicio, AETC, Colegio de Médicos, Colegios Profesionales y Juntas Examinadoras, HIV Treaters	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de colaboradores para la distribución de condones</li> <li>•Variedad de condones distribuidos</li> <li>•Número de condones distribuidos a jóvenes</li> </ul>

<sup>30</sup> Para efectos de esta intervención jóvenes HSH se define como hombres entre las edades de 13 a 29 Años.

	dirigida a HSH, jóvenes HSH <sup>31</sup> y Mujeres CH.			Association, ASES, Aseguradoras, CoPuReDa	
	Promover la educación sobre PrEP/PEP/nPEP en jóvenes en riesgo significativo.	Jóvenes HSH	Julio 2018	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Agencias que brindan servicios, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas</li> <li>•Número de jóvenes participantes en las actividades educativas realizadas</li> </ul>
	Fortalecer la implementación o la expansión de intervenciones de prevención de alto impacto (HIP, por sus siglas en inglés) basadas en evidencia o estrategias de salud pública que aborden aspectos para la reducción de conductas de riesgo entre jóvenes HSH.	Jóvenes HSH	Julio 2018	DSPR (OCASET), Agencias que brindan servicios, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de intervenciones de prevención de alto impacto implantadas</li> <li>•Número de participantes de intervenciones de prevención de alto impacto</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>1.3.B</b> Proporcionar estrategias de prevención y educación sexual integral, adecuada a la edad y científicamente exacta que aborde	Establecer un acuerdo con el Departamento de Educación y otras entidades que agrupan escuelas privadas y escuelas alternativas para facilitar el desarrollo e	Maestros en general y otros personal en las escuelas	2019	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Departamento de Educación, Entidades que agrupan escuelas privadas y escuelas alternativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acuerdo colaborativo establecido</li> <li>•Currículo desarrollado o modificado</li> </ul>

<sup>31</sup> Para efectos de esta intervención jóvenes HSH se define como hombres entre las edades de 13 A 29 Años.

los riesgos del VIH para los jóvenes HSH y Trans.	implementación de un currículo de educación sexual integral para jóvenes.				
	Proveer asistencia técnica al Departamento de Educación y a las escuelas privadas del país, actualizada y con base científica, sobre la prevención del VIH e ITS en la población escolar.	Jóvenes HSH y Trans	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Departamento de Educación, Agencias que brindan servicios Asociación de Educación Privada	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de sesiones de asistencia técnica</li> <li>•Número de participantes en las sesiones de asistencia técnica</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>1.3.C</b> Diseminar mensajes con base científica y que apelen a la comunidad, sobre los riesgos del VIH y las estrategias para prevenirlo entre los jóvenes HSH y Trans.	Desarrollar campaña educativa para eliminar el estigma y barreras que limitan la prevención y tratamiento VIH.	Jóvenes HSH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Departamento de Educación, Proveedores de servicios, Academia, Sector Privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de campañas educativas diseñadas</li> <li>•Número de campañas educativas publicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y duración de la campaña</li> <li>•Medios de divulgación</li> </ul> </li> <li>•Alcance de la campaña</li> </ul>
	Fortalecer los esfuerzos de diseminación de información, educación y prevención del VIH utilizando las herramientas digitales y las tecnologías nuevas de comunicación.	Jóvenes HSH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, División Madres y Niños), Departamento de Educación, Proveedores de servicios, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de mensajes transmitidos o pautas a través de medios digitales<sup>32</sup></li> </ul>

<sup>32</sup> Por medios digitales se hace referencia a la Internet, las redes sociales, el celular y otros medios no tradicionales que hacen uso de nuevas tecnologías.

# META 2:

Aumentar el acceso a cuidado para mejorar los resultados de salud de las personas que viven con VIH

---

**Objetivo 2.1: Aumentar a 85% el porcentaje de personas con recién diagnóstico enlazadas a atención médica del VIH en el plazo de un mes desde su diagnóstico de VIH.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>2.1. A</b> Establecer sistemas integrados para enlazar a las personas a atención clínica inmediatamente después de su diagnóstico de VIH.</p>	<p>Educar a los profesionales de la salud, el personal de enlace y de manejo de caso clínico, técnicos de epidemiología, y los profesionales de farmacias, hospitales, salas de emergencia y equipos multidisciplinarios, sobre la importancia del enlace temprano a tratamiento.</p>	<p>Profesionales de la salud Personal de enlace a cuidado Personal de manejo de caso clínico</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, AETC, Academia Aseguradoras, ASSES, Comisionado de Seguros, Centros Comunitarios de Salud 330, Asociación de Hospitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas</li> <li>•Número de profesionales de la salud y otro personal que participan de las actividades educativas</li> </ul>
	<p>Fortalecer la educación y la capacitación a profesionales de la salud licenciados, sobre la importancia de la prevención, manejo y red de servicios de tratamiento para VIH.</p>	<p>Profesionales de la salud licenciados</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS/OCASET, Recipientes de fondos para servicios de VIH, AETC, Academia, Juntas Examinadoras y Colegios Profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas y de capacitación realizadas (Incluyendo título de la actividad y fecha en que se ofreció)</li> <li>•Número de profesionales de la salud licenciados que participaron de las actividades de educación y capacitación</li> </ul>
	<p>Promover el que se instituya como requisito de educación continuada la educación para renovación o certificación de licencia profesional en los temas relacionados al enlace temprano a tratamiento, entre otros temas relacionados al VIH</p>	<p>Profesionales de la salud licenciados</p>	<p>2018</p>	<p>DS/OCASET, Juntas Examinadoras y Colegios/ Organizaciones Profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de créditos requeridos a los profesionales de la salud como resultado de estos esfuerzos</li> </ul>
	<p>Establecer campañas de educación a la población y</p>	<p>Proveedores de servicios clínicos y de</p>	<p>Continuo durante el</p>	<p>DS (OCASET y Oficina de Comunicaciones)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de la campaña de educación a la</li> </ul>

	proveedores de servicios clínicos para promover la importancia del enlace temprano a tratamiento.	apoyo	periodo	Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicios clínicos, Cuerpos Asesores de Planificación	población y proveedores de servicios. -Fecha y duración de la campaña -Medios de divulgación -Pautas por medio
	Promover la implementación y ampliación de horarios de servicios clínicos para el tratamiento de VIH/ITS.	Proveedores de servicios clínicos de VIH	2017	DS/OCASET, Proveedores de Servicios Clínicos de VIH e ITS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de centros clínicos con horarios de servicios extendidos en comparación con horarios previo a la implantación de la actividad</li> <li>-Evidencia de extensión de horario en los servicios clínicos</li> </ul>
	Desarrollar guías uniformes para el establecimiento del modelo de navegación de pacientes, para el enlace desde el diagnóstico a servicios clínicos y de apoyo, de acuerdo a las necesidades del paciente.	Proveedores de servicios de prevención y tratamiento	2017-2018	DS/OCASET, OBC y Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Guías uniformes y/o protocolos desarrollados para la implementación del modelo de navegación de pacientes</li> <li>-Fecha en que se aprobaron las guías y/o protocolos</li> </ul>
	Implementar una hoja de consentimiento universal que facilite la búsqueda y el enlace de personas con diagnóstico reciente de VIH a servicios de tratamiento y otros servicios de apoyo.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2017	DS (OCASET, Asesores Legales), Proveedores de servicios de prevención y tratamiento del VIH, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Hoja de consentimiento universal implementada</li> <li>-Fecha en que aprobó</li> <li>-Fecha en que se comenzó a utilizar</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.1 B.</b> Implementar servicios integrados y culturalmente sensibles para enlazar a tratamiento de VIH a HSH, HSH jóvenes, personas que se inyectan drogas y población Trans.	Aumentar el número de proveedores de salud capacitados y culturalmente sensibles en el manejo de la población de, HSH, HSH Jóvenes, personas que se inyectan drogas y población Trans diagnosticada con VIH.	Proveedores de Servicio	Continuo durante el periodo	DS (OCASET, Recursos Humanos), AETC, Academia, Recipientes de fondos para servicios de VIH, ASSMCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proveedores que reciben adiestramiento sobre acercamientos culturalmente sensibles en el servicio a jóvenes HSH, HSH, personas que se inyectan drogas y población Trans, diagnosticada con VIH</li> </ul>
	Proveer actividades de capacitación a proveedores existentes, así como estudiantes de profesiones relacionadas a la salud, en sensibilidad y manejo de la población de HSH, HSH Jóvenes, PID y población Trans diagnosticada con VIH	Proveedores de Servicio Estudiantes de profesiones relacionadas a la salud	Continuo durante el periodo	DS (OCASET, Recursos Humanos), AETC, Academia, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Compañías Aseguradoras, Comisionado de Seguros, ASSMCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación a proveedores existentes</li> <li>-Fechas</li> <li>•Número de proveedores que participaron de la capacitación.</li> </ul>
	Desarrollar e implementar un protocolo culturalmente sensible para enlazar y ofrecer servicios clínicos a la población de HSH, HSH Jóvenes, población Trans diagnosticada con VIH y los criterios para su evaluación.	Proveedores de Servicio	2017-2018	DS (OCASET, Comité de Política Pública), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, ASSMCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de protocolo culturalmente competente desarrollado</li> <li>-Título del protocolo</li> <li>•Fecha de aprobación</li> </ul>
	Adaptar los formularios existentes, de acuerdo a los protocolos que se desarrollen, para que las intervenciones	Proveedores de Servicio	2017-2018	DS (OCASET, Comité de Política Pública), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de los formularios adaptados</li> <li>-Lista de los formularios</li> <li>•Fecha de revisión</li> </ul>

	clínicas sean culturalmente sensibles <sup>33</sup> a la población de HSH, HSH Jóvenes, PID, población Trans diagnosticada con VIH.				
	Capacitar sobre el protocolo culturalmente sensible para enlazar y ofrecer servicios clínicos a la población de HSH, PID, HSH Jóvenes, población Trans diagnosticada con VIH.	Proveedores de servicios	2018 en adelante	DS (OCASET, Comité de Política Pública), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proveedores que reciben capacitación sobre el protocolo</li> </ul>
	Implementar y monitorear el protocolo culturalmente sensible para enlazar y ofrecer servicios clínicos a la población de HSH, HSH Jóvenes, PID, población transexual diagnosticada con VIH.	Proveedores de Servicio	2018-2021	DS (OCASET, Comité de Política Pública), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de entidades que adoptaron el protocolo</li> <li>•Número de HSH enlazados a servicios en las entidades que adoptaron el protocolo</li> <li>•Número de HSH jóvenes enlazados a servicios en las entidades que adoptaron el protocolo</li> <li>•Número de PID enlazados a servicios en las entidades que adoptaron el protocolo</li> <li>•Número de Trans enlazadas a servicios en las entidades que adoptaron el protocolo</li> </ul>

<sup>33</sup> “Intervenciones culturalmente sensibles”, se usa en el contexto de la competencia cultural en el ámbito de la salud. Esta puede definirse como la habilidad que deben poseer los recursos humanos que trabajan con aspectos de la salud para incorporar en sus intervenciones una visión del contexto social y cultural de cada usuario(o), incrementando así la posibilidad de lograr una comunicación efectiva e impacto positivo en este(a). [Véase entre otros, Ma. Bernales, V. Pedrero, A. Obach & C. Pérez, 2015),

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.1.C</b> Atender las barreras sistémicas para enlazar tempranamente a las personas con diagnóstico reciente de VIH.	Partiendo de la información recopilada en el Plan Integrado, identificar y profundizar en las barreras sistémicas que dificultan que las personas con diagnóstico reciente de VIH no enlacen a tratamiento en un periodo de 30 días o menos.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2017	DS (OCASET, Asesores Legales), Recipientes de fondos para servicios de VIH , Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Inventario o lista de las barreras sistémicas identificadas</li> </ul>
	Desarrollar las estrategias que atiendan las barreras sistémicas identificadas para que las personas con diagnóstico reciente de VIH enlacen a tratamiento en un periodo de 30 días o menos.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2018	DS (OCASET), recipientes de fondos para servicios de VIH , Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias desarrolladas para atender las barreras sistémicas que fueron identificadas</li> </ul>
	Diseminar las estrategias que atienden las barreras sistémicas para lograr el enlace temprano de las personas con diagnóstico reciente de VIH.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2018	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de informes diseminados sobre estrategias identificadas para atender las barreras sistémicas, métodos y/o actividades desarrolladas para diseminar la información</li> <li>•Lista de actividades realizadas, fechas y personas alcanzadas</li> </ul>
	Implementar las estrategias que atienden las barreras sistémicas para lograr el enlace temprano a cuidado de las personas con diagnóstico reciente de VIH.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2018-2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de entidades que adoptaron alguna de las estrategias para atender barrears sistémicas</li> <li>•Número de estrategias implementadas que atiendan las barreras sistémicas</li> <li>•Número de personas recién</li> </ul>

					diagnosticadas con VIH que enlazaron temprano a tratamiento por cada centro o entidad que adoptó las estrategias desarrolladas
	Evaluar las estrategias implementadas que atiendan las barreras sistémicas para el enlace temprano (30 días) de las personas que viven con VIH de recién diagnóstico.	Proveedores de Servicios de Prevención y Tratamiento de VIH	2020	DS (OCASET), Proveedores de servicios de prevención y tratamiento del VIH, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes trimestrales de progreso que permitan medir el aumento o cambio en el cumplimiento con el indicador de enlace temprano a cuidado.</li> </ul>

**Objetivo 2.2 Aumentar en al menos 90% las personas que viven con VIH que se retienen en cuidado médico de VIH.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.2.A</b> Fortalecer la infraestructura de servicios para aumentar la capacidad del sistema integrado de salud, y la cantidad y diversidad de los proveedores clínicos de servicios de prevención, tratamiento y de apoyo disponibles para las personas que viven con VIH.	Desarrollar un sistema integrado de servicios de prevención, clínicos y de apoyo para la atención coordinada y centrada en las necesidades de la población.	Proveedores de servicio	2018	DS (OCASET, Comité de Política Pública) Proveedores de servicios, ASES/ Cuerpos Asesores de Planificación, ASSMCA, Procuradora del Paciente, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia de sistema integrado de servicios desarrollados <ul style="list-style-type: none"> <li>-Áreas</li> <li>-Componentes</li> <li>-Plan de implantación</li> </ul> </li> </ul>
	Establecer acuerdos para desarrollar sistemas efectivos de coordinación, comunicación y colaboración para servicios de prevención, tratamiento y apoyo que permitan aumentar la disponibilidad de servicios.	Proveedores de Servicios Agencias Gubernamentales Entidades Privadas	2018-2019	DS (OCASET, Asesores Legales), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de acuerdos establecidos y lista de organizaciones/proveedores con los que se establecieron los acuerdos. <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evidencia de acuerdos colaborativos</li> </ul> </li> </ul>

	Educar a los proveedores de servicios sobre el nuevo sistema de atención coordinada y centrada en las necesidades de la población con énfasis en la retención y adherencia a tratamiento.	Proveedores de Salud Personal de enlace a cuidado	2019-2020	DS/OCASET, Recipientes de fondos para servicios de VIH, AETC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas</li> <li>•Número de proveedores de servicios que participaron de las actividades educativas</li> </ul>
	Monitorear la implementación del sistema integrado de servicios de prevención, tratamiento y de apoyo.	Proveedores de servicios	2019-2021	DS (OCASET), Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informe trimestral de progreso en cumplimiento con el plan de implementación por cada punto de interés: A) prevención, b) tratamiento y c) apoyo, sobre las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Número de personas que recibieron servicios</li> <li>-Unidades de servicios que se proveyeron</li> </ul> </li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.2.B</b> Educar a las personas que viven con VIH sobre los servicios de prevención, tratamiento y apoyo disponibles.	Desarrollar guías para la implementación del modelo de facilitadores pares	Personas que viven con VIH Proveedores de Servicio	2018	DS/OCASET, Cuerpos Asesores de Planificación, Recipientes de fondos para servicios de VIH y OBC <sup>34</sup> , Personas que viven con VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de actividades realizadas para promover las guías para la implementación del modelo.</li> <li>•Número de personas alcanzadas en las actividades</li> </ul>

<sup>34</sup> OBC, en este caso se refiere a organizaciones de base comunitaria que brindan servicios relacionados al VIH aunque no son recipientes de fondos.

	Desarrollar y diseminar una página de Internet con información sobre los servicios disponibles para la prevención, tratamiento y apoyo personas que viven con VIH.	Población general	2018	DS (OIAT, Oficina de Comunicaciones, OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de la página de Internet desarrollada</li> <li>•Número de personas que visitaron la página</li> </ul>
	Desarrollar y actualizar el material informativo sobre los servicios disponibles para la prevención, tratamiento y apoyo de VIH.	Personas que viven con VIH Población general Proveedores de Servicio	2018-2019	DS (OCASET, Oficina Vigilancia SIDA), Recipientes de fondos para servicios de VIH, OBC, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de materiales informativos actualizados</li> <li>-Fecha de actualización</li> </ul>
	Desarrollar e implementar una campaña educativa que promueva los servicios disponibles de tratamiento y apoyo para el enlace, re-enlace y retención en cuidado de VIH.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DS (Oficina de Comunicaciones, OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, OBC, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de la campaña de educación dirigida al enlace, re-enlace y retención en tratamiento.</li> <li>-Fecha y duración de la campaña</li> <li>-Medios de divulgación</li> <li>-Pautas por medio</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicador
<b>2.2.C</b> Promover el cuidado de salud integrado, coordinado y centrado en pacientes con VIH que apoye la retención en tratamiento.	Desarrollar y diseminar guías sobre estrategias basadas en evidencia para la retención, con énfasis en la adherencia dirigido a jóvenes, PID, PSH, mujeres, adultos mayores y población Trans con VIH.	Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios del VIH, ASSMCA, OBC y Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Guías sobre estrategias basadas en evidencia desarrolladas.</li> <li>•Publicación de guías sobre estrategias basadas en evidencia.</li> <li>-Fecha de aprobación</li> <li>•Evidencia de distribución de las guías</li> <li>-Número de entidades a las que se les enviaron las guías</li> </ul>

	Llevar a cabo actividades de capacitación con los proveedores de servicios sobre las guías desarrolladas, con énfasis en la adherencia a tratamiento, dirigido a jóvenes, PID, PSH, adultos mayores <sup>35</sup> , mujeres y población Trans con VIH.	Proveedores de Servicio	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), AETC, CDC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación realizadas</li> <li>-Fechas en que se ofreció la capacitación</li> <li>•Número de proveedores que participaron en las actividades de capacitación</li> </ul>
	Fomentar la creación de grupos de apoyo que promuevan la retención en tratamiento de personas que viven con VIH.	Jóvenes, PID, PSH, adultos mayores con VIH y mujeres con VIH	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación y OBC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades dirigidas a promover la creación de grupos de apoyo</li> <li>•Número de grupos de apoyo creados</li> <li>•Promedio de personas que participan de los grupos de apoyo</li> </ul>
	Aumentar el cernimiento y tratamiento de salud mental y para el uso problemático de sustancias basado en evidencia, incluyendo alcohol, en las personas que viven con VIH.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	Proveedores de Servicio Clínico, Recipientes de fondos para servicios de VIH, ASSMCA, ASES, Aseguradoras, Comisionado de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número base para medir el aumento en número de cernimientos para salud mental y uso problemático de sustancias, respectivamente</li> <li>•Número de personas que viven con VIH que recibieron cernimientos para salud mental</li> <li>•Número de personas que viven con VIH que recibieron cernimientos para el uso problemático de sustancias</li> <li>•Número de servicios provistos para el tratamiento de salud</li> </ul>

<sup>35</sup> Por adultos mayores se entiende aquellas de 50 años o más.

					<ul style="list-style-type: none"> <li>mental</li> <li>•Número de servicios provistos para el tratamiento por uso problemático de sustancias</li> <li>•Número de referidos para el tratamiento de salud mental</li> <li>•Número de referidos para el tratamiento de uso problemático de sustancias</li> </ul>
	Aumentar el acceso a servicios de transportación a servicios de cuidado y apoyo.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	Recipientes de fondos para servicios de VIH, Programa de <i>Medicaid</i> (PSGPR/ASES), Medicare, Municipios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número base de personas que viven con VIH que recibieron transportación médica</li> <li>•Número de personas que recibieron servicios de transportación para acceder servicios de cuidado y apoyo</li> <li>•Número de servicios de transportación provistos</li> </ul>

**Objetivo 2.3 Aumentar a por lo menos un 80% las personas que viven con VIH que están viralmente suprimidas.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>2.3.A</b> Promover un cuidado de salud integrado, coordinado y centrado en la persona que viven con VIH que apoye la supresión de carga viral.</p>	<p>Mantener el acceso a nuevos medicamentos para el tratamiento de VIH en coordinación directa con ASES.</p>	<p>Personas que viven con VIH</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET, Comité Asesor de Farmacia, Comité Asesor de ADAP), ASES, Aseguradoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formularios de medicamentos de VIH actualizados</li> <li>• Número de nuevos medicamentos aprobados por ASES para que sean parte de los acuerdos con el Departamento de Salud/Ryan White Parte B/ADAP</li> </ul>
	<p>Facilitar la capacitación anual a médicos, manejadores de caso y otro personal clínico que proveen servicios a personas que viven con VIH sobre nuevos medicamentos para el tratamiento de VIH.</p>	<p>Proveedores de Servicio clínico y manejadores de caso</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET), AETC, Academia, Colegios Profesionales y Juntas Examinadoras, HIV Treaters Association, ASES, Aseguradoras, Recipientes de fondos para servicios de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de actividades de capacitación ofrecidos al personal clínico</li> <li>• Número de participantes que participaron de las actividades de capacitación</li> </ul>
	<p>Fomentar el uso de mejores prácticas clínicas para el cuidado de las personas que viven con VIH, según las Guías de Tratamiento de VIH.</p>	<p>Proveedores de servicios clínicos en general</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET), HIV Treaters Association, AETC, Colegio de Médicos y Cirujanos de Puerto Rico, Aseguradoras, Procuradora del Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de mejores prácticas basadas en evidencia identificadas</li> <li>• Número de actividades para la capacitación sobre la actualización de mejores prácticas basadas en evidencia</li> <li>• Número de actualizaciones a las guías diseminadas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha de diseminación</li> <li>- Fecha de actualización</li> </ul> </li> </ul>

	Implementar estrategias basadas en evidencia dirigidas a promover la adherencia en poblaciones tales como PID, PSH, jóvenes y adultos mayores, entre otros.	Proveedores de Servicio	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Academia, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades realizadas sobre estrategias basadas en evidencia para promover la adherencia</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades realizadas sobre estrategias basadas en evidencia para promover la adherencia</li> </ul>
	Fomentar la creación de grupos de apoyo para personas no suprimidas y que han abandonado tratamiento.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de Servicios y Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades realizadas para fomentar la creación de grupos de apoyo</li> <li>•Número de grupos de apoyo creados</li> <li>•Promedio de personas que participan de los grupos de apoyo</li> </ul>
	Promover la implementación de proyectos de mejoramiento continuo de calidad que identifiquen las razones de la no supresión y elaborar estrategias enfocadas a alcanzar la misma entre los participantes de los servicios de VIH, dirigidos a alcanzar la supresión viral en los recipientes de servicios.	Proveedores de Servicios	Continuo durante el periodo	DS(OCASET), Proveedores de servicios clínicos y Recipientes de fondos para servicios de VIH, incluyendo sus comités o programas de mejoramiento de calidad, Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proyectos de mejoramiento continuos de calidad implementados</li> <li>•Informe de progreso para indicar el cambio en supresión de carga viral</li> </ul>
<b>Estrategia</b>	<b>Actividades</b>	<b>Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades</b>	<b>Fecha a completarse</b>	<b>Responsables/ Colaboradores</b>	<b>Indicadores</b>

<b>2.3.B</b> Establecer estándares de cuidado clínico en cada centro de tratamiento basados en las guías actualizadas de tratamiento de VIH, publicadas por el Departamento de Salud Federal.	Revisar los protocolos y estándares de cuidado de los centros clínicos que proveen tratamiento de VIH, conforme a las guías actualizadas.	Proveedores de Servicios Clínicos	2017	DS (OCASET), Proveedores de Servicios Clínicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de protocolos y estándares de cuidado clínico que fueron revisados</li> </ul>
	Capacitar sobre las guías actualizadas de tratamiento de VIH, conforme sean publicadas por el Departamento de Salud Federal.	Proveedores de Servicios Clínicos	2018-2021	DS (OCASET), AETC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación sobre las guías actualizadas de tratamiento de VIH</li> <li>•Número de participantes en las capacitaciones sobre las guías</li> </ul>
	Implementar los estándares de cuidado clínicos actualizados en los centros clínicos.	Proveedores de Servicios Clínicos	2018-2021	DS (OCASET), Proveedores de Servicio Clínicos, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de estándares de cuidado clínico actualizados en los centros clínicos</li> <li>•Fecha de implantación</li> </ul>
	Diseñar mecanismos para monitorear el cumplimiento con los estándares de cuidado.	Proveedores de Servicios Clínicos	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Proveedores de Servicio, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de mecanismos de monitoreo diseñados</li> <li>•Informe de cumplimiento con los estándares de cuidado implementados</li> </ul>
<b>Estrategia</b>	<b>Actividades</b>	<b>Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades</b>	<b>Fecha a completarse</b>	<b>Responsables/ Colaboradores</b>	<b>Indicadores</b>
<b>2.3.C</b> Promover proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a alcanzar la supresión de carga viral sostenida por dos años en personas que viven con VIH.	Proveer asistencia técnica a los proveedores de servicios en diseño de programas de mejoramiento de calidad.	Proveedores de servicios clínicos	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), <i>National Quality Center</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de sesiones de asistencia técnica realizadas</li> <li>•Número de proveedores de servicios que recibieron asistencia técnica</li> </ul>
	Identificar el número de personas que viven con VIH en cada centro que cumplen con el criterio de carga viral suprimida en cada centro clínico por un año y los que	Personas que viven con VIH Proveedores de Servicios Clínicos	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Oficina de Vigilancia SIDA Proveedores de Servicio, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de personas que viven con VIH que cumplen con el criterio de carga viral suprimida por cada centro clínico, por un año y el que cumple</li> </ul>

<p>cumplen por dos años.</p> <p>Implementar un proyecto de mejoramiento de calidad dirigido a apoyar la retención y adherencia a tratamiento a través de la implementación de estrategias basadas en evidencia.</p>	<p>Proveedores de Servicios Clínicos</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET), Oficina de Vigilancia SIDA, Proveedores de Servicio, Recipientes de fondos para servicios de VIH, AETC</p>	<p>por dos años</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Número y lista de estrategias basadas en evidencia que apoyen la retención y adherencia a tratamiento</li> <li>•Número de organizaciones que han implantado al menos una práctica basada en evidencia dirigida a apoyar la retención y adherencia a tratamiento</li> </ul>
<p>Monitorear la carga viral de las personas que viven con VIH que fueron identificadas en cada centro clínico.</p>	<p>Personas que viven con VIH</p>	<p>Continuo durante el periodo</p>	<p>DS (OCASET, Programa Ryan White Parte B-ADAP), Oficina de Vigilancia SIDA, Proveedores de Servicio, Recipientes de fondos para servicios de prevención y tratamiento de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informes trimestrales de progreso sobre los niveles de carga viral de las personas que viven con VIH identificadas en cada centro clínico</li> </ul>

**Objetivo 2.4 Reducir el por ciento de personas recibiendo atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más de 5%.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.4. A</b> Aunar esfuerzos con las entidades públicas y privadas para trabajar con las necesidades de vivienda en personas que viven con VIH y sin hogar.	Coordinar reuniones con las agencias gubernamentales que administran fondos para vivienda.	Agencias de gobierno Sistemas de Cuidado Continuo para la Población sin Hogar (CoCs, por sus siglas en inglés) <sup>36</sup>	2017	DS (OCASET), Proveedores de servicios de vivienda, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar <sup>37</sup> , Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Departamento de la Familia, Programa HOPWA (San Juan, DSPR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de reuniones realizadas</li> <li>•Número de participantes de las reuniones                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Minuta de las reuniones</li> <li>-Lista de acuerdos significativos</li> </ul> </li> </ul>
	Establecer acuerdos de trabajo para atender las necesidades de vivienda de las personas que viven con VIH y sin hogar para crear una red de proveedores.	Agencias de gobierno CoCs	2018-2019	DS (OCASET), Proveedores de servicios de vivienda, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Departamento de la Familia, Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de acuerdos de trabajo para atender la necesidad de vivienda en personas que viven con VIH y sin hogar (lista de organizaciones)</li> </ul>

<sup>36</sup> El Sistema de Cuidado Continuo es un organismo circunscrito a un ámbito geográfico, creado en virtud de la reglamentación federal aplicable a los programas dirigidos a personas sin hogar, que provee el vehículo principal de planificación para atender las necesidades de dicha población. Actualmente, en Puerto Rico existen dos CoC reconocidos por el Departamento Federal de la Vivienda (HUD, por sus siglas en inglés), los cuales proveen diversos servicios relacionados a vivienda y asistencia de emergencia, vivienda transitoria y vivienda permanente con servicios de apoyo, con la meta de lograr la estabilidad en el largo plazo de las personas sin hogar. Estos sistemas de cuidado continuo son: Balance del Estado (CoC PR 502) y Coalición de Coaliciones (CoC PR 503). El Departamento de la Familia es la Agencia Colaboradora del CoC 502, mientras que Coalición de Coaliciones es la Agencia colaboradora del CoC PR 503.

<sup>37</sup> “La Ley 130 de 27 de septiembre de 2007, creó el Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar (el Concilio), adscrito al Departamento de la Familia. El Concilio está dirigido a atender las distintas situaciones por las que atraviesan diariamente las personas sin hogar (PSH), y así lograr una verdadera transformación en su condición de vida. Además, promover el ágil acceso de los servicios existentes y la pronta integración con la comunidad; establecer sus deberes y responsabilidades, desarrollo continuo y revisión de políticas públicas y de planificación estratégica; promover la búsqueda, asignación y autorización para el pareo de fondos. También, velar por el cumplimiento multisectorial de los programas y servicios mediante su Oficina de Enlace y Coordinación de Programas de Servicios a la Población sin Hogar”. [Tomado de: <http://www2.pr.gov/agencias/secretariado/Pages/ConcilioMultisectorial.aspx>].

				HOPWA, Concilio Multisectorial, CoCs	
	Identificar organizaciones que proveen servicios de asistencia de vivienda, tales como albergues de emergencia y vivienda transitoria y permanente.	CoCs	2017	DS (OCASET), Proveedores de servicios de vivienda temporera subvencionados por RW, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Departamento de la Familia, HOPWA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Inventario de organizaciones que proveen servicios de asistencia para vivienda</li> </ul>
	Desarrollar un directorio de las agencias que ofrecen servicios de vivienda (albergue, vivienda transicional y vivienda permanente).	CoCs	2017	DS (OCASET), Proveedores de servicios de vivienda temporera subvencionados por RW, Concilio Multisectorial, CoCs, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Departamento de la Familia, Programa HOPWA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Directorio de agencias que proveen servicios de vivienda desarrollado</li> </ul>
	Capitación a los proveedores de servicios sobre sobre los servicios de tratamiento de VIH y el alcance de los acuerdos de trabajo para atender las necesidades de vivienda de personas que viven con VIH y sin hogar.	Proveedores de Servicio	2018	DS (OCASET), CoCs, Proveedores de servicios de VIH, Proveedores de servicios de vivienda temporera subvencionados por RW, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Departamento de la Familia, HOPWA, Concilio Multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación a proveedores de servicios sobre tratamiento de VIH y el alcance de los acuerdos trabajados para atender las necesidades de vivienda de las personas que viven con VIH <ul style="list-style-type: none"> <li>--Fecha de las actividades</li> <li>--Lugar de las actividades</li> </ul> </li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades de</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>2.4.B</b> Atender las necesidades de vivienda y otras asociadas a las personas que viven con VIH para prevenir que estén a riesgo de perder su vivienda.</p>	<p>Fomentar que se integre en el avalúo de necesidades que se realiza como parte del manejo de caso, el riesgo de pérdida de vivienda.</p>	<p>Personal de manejo de caso y navegación de pacientes, de los proveedores de servicio de VIH</p>	<p>2017-2018</p>	<p>Componente de manejo de caso y navegadores de los proveedores de servicios de VIH</p>	<p>capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Formulario del avalúo de necesidades de Manejo de Caso actualizado</li> <li>•Número de participantes que recibieron el avalúo de necesidades para el riesgo de pérdida de vivienda</li> </ul>
	<p>Coordinar asistencia de vivienda a través de referidos coordinados en la red de proveedores de servicios.</p>	<p>Proveedores de Servicios</p>	<p>2018-2021</p>	<p>Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH, COC, HOPWA, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Municipios, Consorcios Municipales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de referidos coordinados y completados para la asistencia de vivienda</li> <li>•Número de participantes que se beneficiaron de la asistencia en vivienda</li> </ul>
	<p>Monitorear el seguimiento de los referidos coordinados para el servicio de vivienda.</p>	<p>Proveedores de Servicios</p>	<p>2018-2021</p>	<p>OCASET, Recipientes de fondos para servicios de VIH, OCAM, Administración Fondos HOPWA, Departamento de Vivienda, Administración de Vivienda Pública, Municipios, Consorcios Municipales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informes trimestrales de progreso para exponer el número de referidos coordinados para el servicio de vivienda.</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.4.C</b> Ampliar la coordinación del sistema de referidos para conectar a las personas que viven con VIH a servicios de vivienda.	Desarrollar material informativo sobre los servicios disponibles.	Componentes de manejo de caso y navegación de los proveedores de servicios de VIH	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, CoCs, Administración Fondos HOPWA Departamento de Vivienda, Departamento de la Familia, Administración de Vivienda Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Material informativo desarrollado</li> </ul>
	Realizar actividades de capacitación para proveedores sobre los servicios disponibles.	Componentes de manejo de caso y navegación de los proveedores de servicios de VIH	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH , OCAM, Administración Fondos HOPWA, Departamento de Vivienda, Departamento de la Familia, Administración de Vivienda Pública, CoCs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación para proveedores sobre los servicios               <ul style="list-style-type: none"> <li>--Fecha</li> <li>--Lugar de la capacitación</li> <li>--Material informativo diseminado</li> </ul> </li> <li>•Número de proveedores de servicios que participaron de la capacitación</li> </ul>
	Realizar actividades de orientación para pacientes sobre los servicios disponibles.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, OCAM, Administración Fondos HOPWA, Departamento de Vivienda, Departamento de la Familia, Administración de Vivienda Pública, CoCs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de orientaciones para pacientes sobre los servicios disponibles               <ul style="list-style-type: none"> <li>--Fecha</li> <li>--Lugar de la orientación</li> <li>--Material informativo diseminado</li> </ul> </li> <li>•Número de pacientes que recibieron la orientación</li> </ul>
	Analizar los datos de enlace y servicios de vivienda a través	Proveedores de Servicio	Continuo durante el	OCASET, Programas RW, OCAM, Administración	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de referidos coordinados y</li> </ul>

	del monitoreo de referidos coordinados.		periodo	Fondos HOPWA, Departamento de Vivienda	completados <ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de personas enlazadas a servicios</li> <li>•Número de servicios que se ofrecieron</li> </ul>
--	---	--	---------	--	--

**Objetivo 2.5: Lograr que al menos el 70% de las personas fuera de cuidado<sup>38</sup> re-enlacen a tratamiento.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.5. A</b> Establecer sistemas integrados para re-enlazar a tratamiento las personas que han estado fuera de tratamiento por seis (6) meses o más.	Desarrollar un protocolo uniforme para el re-enlace a tratamiento que, entre otros acercamientos, integre el modelo de navegador de servicios de VIH.	Proveedores de servicios	2017	DS(OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Guías uniformes y/o protocolos desarrollados</li> <li>-Fecha en que se aprobaron las guías y/o protocolos</li> </ul>
	Incluir los formularios y otros instrumentos de trabajo utilizados por los proveedores, al protocolo.	Proveedores de Servicio	2017-2018	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de los formularios adaptados</li> <li>-Lista de los formularios</li> <li>•Fecha de revisión</li> </ul>
	Capacitar sobre el protocolo desarrollado para re-enlazar a las personas fuera de cuidado.	Proveedores de servicios	2018 -2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de proveedores que reciben capacitación sobre el protocolo</li> </ul>
	Implementar y monitorear la implementación del protocolo para re-enlazar a las personas fuera de cuidado	Proveedores de Servicio	2018-2021	DS (OCASET, Comité de Política Pública), Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de entidades que adoptaron el protocolo</li> <li>•Número de personas re-enlazadas luego de seis (6) meses o más fuera de cuidado.</li> </ul>

<sup>38</sup> Las personas fuera de cuidado se definen como aquellas que durante un periodo de seis meses o más, no se hayan realizado laboratorios, no hayan recogido medicamentos o no hayan asistido a una cita médica.

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.5 B.</b> Promover el uso de mejores prácticas, culturalmente sensibles, en las actividades de re-enlace a tratamiento.	Identificar mejores prácticas culturalmente sensibles dirigidas al re-enlace a tratamiento.	HSH, jóvenes HSH, mujeres CH y población Trans, PID	2020	DSPR (OCASET), Academia, recipientes de fondos para servicios de VIH	•Lista de mejores prácticas identificadas
	Diseminar y viabilizar la implementación de las mejores prácticas identificadas, culturalmente sensibles dirigidas al re-enlace a tratamiento.	Proveedores de servicios	2020-2021	DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	•Número de EBIs que se implementaron •Número de proveedores implementando las EBIs
	Monitorear la implementación de las prácticas basadas en evidencia y culturalmente sensibles dirigidas al re-enlace a tratamiento adoptadas.	Proveedores de servicios	2020-2021	DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	•Informe de los resultados de la monitoria
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>2.5.C</b> Continuar esfuerzos para la búsqueda personas que han estado fuera de tratamiento por seis (6) meses o más.	Continuar esfuerzos de identificación de personas con VIH que han estado fuera de tratamiento por más de seis meses.	DSPR / Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	•Número de casos identificados
	Continuar implementando actividades de alcance ( <i>outreach</i> ) dirigidas a contactar y re-enlazar a las personas con VIH que han estado fuera de tratamiento por más de seis meses	DSPR / Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	•Por ciento de casos contactados y re-enlazados a tratamiento.

# META 3:

Reducir las disparidades relacionadas al VIH y las desigualdades en la salud

---

**Objetivo 3.1 Aumentar a por lo menos un 80% la supresión de carga viral de VIH en jóvenes y personas que se inyectan drogas.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>3.1.A</b> Promover un cuidado de salud integrado y coordinado que apoye la supresión de carga viral en jóvenes y personas que se inyectan drogas con VIH, respectivamente.</p>	<p>Evaluar las disparidades y desigualdades para acceder servicios de tratamiento de VIH en las poblaciones de jóvenes y personas que se inyectan drogas.</p>	<p>Jóvenes y PID con VIH</p>	<p>2017-2018</p>	<p>DS (OCASET en conjunto con la Secretaría Auxiliar de Planificación), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW, ASSMCA, Proveedores de servicios, Asociación de profesionales, Academia, ASES, Comisionado de seguros, Coalición Puertorriqueña de Reducción de Daños (CoPuReDa), Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Aseguradoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informe de resultados de la evaluación de las disparidades y desigualdades evaluadas.</li> <li>•Informe trimestral de disparidades en la supresión de carga viral por grupos de edad y factores de riesgo.</li> </ul>
	<p>Adaptar las estrategias basadas en evidencia que atiendan las disparidades y desigualdades identificadas para que las poblaciones de jóvenes y personas que se inyectan drogas puedan acceder servicios de tratamiento de VIH.</p>	<p>Proveedores de Servicio, Agencias de gobierno, Organizaciones de base de Fé, OBC</p>	<p>2018-2019</p>	<p>DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de Servicios, ASSMCA, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW, CoPuReDa, Asociación de profesionales, Academia, ASES, Comisionado de seguro, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias basadas en evidencia adaptadas para atender las disparidades y desigualdades identificadas.</li> </ul>

			Policía de Puerto Rico, Aseguradoras	
Capacitar a los proveedores de servicio clínico sobre las estrategias basadas en evidencia identificadas dirigidas a jóvenes y personas que se inyectan drogas.	Proveedores de Servicio Clínico	2019-2020	DS (OCASET), AETC, Recipientes de Fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicios, ASSMCA, Asociación profesionales, ASES, Comisionado de seguros, Academia, CoPuReDa, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas y de capacitación realizadas, incluyendo título de la(s) actividad(es) y fecha(s) en que se ofrecieron.</li> <li>•Número de proveedores de servicio clínico que participaron en las actividades de capacitación sobre las estrategias basadas en evidencia identificadas.</li> </ul>
Implementar estrategias basadas en evidencia identificadas para las poblaciones con VIH de jóvenes y personas que se inyectan drogas.	Proveedores de Servicios Clínicos	2019-2021	DS (OCASET), AETC, Proveedores de Servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicios, ASSMCA, ASES, Academia, Oficina de Comisionado de Seguros, Asociaciones profesionales, CoPuReDa, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias basadas en evidencia que fueron implementadas.</li> </ul>
Evaluar el alcance de las estrategias implementadas en las poblaciones con VIH de jóvenes y personas que se inyectan drogas.	Proveedores de Servicio Clínico	2020-2021	DS (OCASET), AETC, Recipientes de fondos para servicios de VIH, ASSMCA, CoPuReDa, Proveedores de servicios, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico, Academia,	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nivel de cumplimiento correspondiente a medidas de ejecución / indicadores desarrollados para las estrategias relacionadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>○Supresión de CV</li> <li>○Enlace a cuidado de VIH</li> <li>○Uso de ARV</li> </ul> </li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>3.1.B</b> Promover proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a alcanzar la supresión de carga viral en jóvenes y personas que se inyectan drogas con VIH, respectivamente.	Identificar el número de jóvenes y PID con VIH que cumplen con el criterio de carga viral no suprimida en cada centro clínico.	Jóvenes y PID con VIH que tienen la carga viral no suprimida	Continuo durante el periodo	Recipientes de fondos para servicios de VIH,DSPR(OCASET, Oficina de Vigilancia SIDA), Administradores de CAREware,	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de jóvenes y PID con VIH que cumplen con el criterio de carga viral no suprimida en cada centro clínico.</li> </ul>
	Implementar proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a alcanzar la supresión viral en la población de jóvenes y PID con VIH.	Proveedores de Servicio Clínico	2018-2021	Recipientes de fondos para servicios de VIH,DSPR(OCASET, Oficina de Vigilancia SIDA), , Administradores de CAREware, A, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW , ASSMCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de proyectos de mejoramiento implementados.</li> </ul>
	Monitorear las cargas virales de las personas que viven con VIH identificadas en cada centro clínico.	Personas que viven con VIH con carga viral no suprimida	Continuo durante el periodo	Recipientes de fondos para servicios de VIH,DSPR(OCASET, Oficina Vigilancia SIDA), Administradores de CAREware, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW, ASSMCA	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informe trimestral de cumplimiento con la medida de ejecución relacionada a la supresión de carga viral para cada centro clínico</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>3.1.C</b> Educar a los jóvenes y personas que se inyectan drogas con VIH sobre los servicios disponibles y la importancia de la retención y adherencia al tratamiento, respectivamente.	Identificar las estrategias adecuadas de orientación mediante un avalúo en los jóvenes y personas que se inyectan drogas que viven con VIH	Componente de manejo de caso y navegadores de servicio, Educadores de salud y otro personal vinculado a adherencia	2017-2018	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, ASSMCA, CoPuReDa, Municipios, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias adecuadas de orientación identificadas para jóvenes y personas que se inyectan drogas.</li> </ul>
	Implementar las estrategias de orientación sobre los servicios disponibles y la importancia de la retención y adherencia a tratamiento dirigida a jóvenes y personas que se inyectan drogas que viven con VIH.	Jóvenes y personas que se inyectan drogas	2018-2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW, ASSMCA, Proveedores de servicio clínico, CoPuReDa, Municipios, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias implementadas para orientar a los jóvenes y a PID sobre los servicios disponibles y la importancia de la retención y la adherencia a tratamiento</li> </ul>
	Evaluar la retención y adherencia en cuidado de VIH de los jóvenes y personas que se inyectan drogas que viven con VIH.	Jóvenes y personas que se inyectan drogas	2020-2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, ASSMCA, Proveedores de servicios clínicos, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW , CoPuReDa, Municipios, Concilio Multisectorial en Apoyo a la Población sin Hogar, Policía de Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nivel de cumplimiento con las medidas de ejecución/indicadores de retención y adherencia en la población de jóvenes y PID con VIH</li> </ul>

**Objetivo 3.2 Reducir las disparidades geográficas en cuanto a servicios de tratamiento y apoyo a personas que viven con VIH.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>3.2 A</b> Atender los determinantes sociales de salud y co-factores que contribuyen al aumento de nuevos casos al VIH a través de mecanismos que garanticen igual acceso a tratamiento y servicios de salud y apoyo.</p>	<p>Diseñar y realizar un estudio para identificar los determinantes sociales de la salud asociados al VIH.</p>	<p>Personas que viven con VIH</p>	<p>2017-2018</p>	<p>DS (OCASET), Comité Interpartes RW, Cuerpos Asesores de Planificación, CoPuReDa, Academia, Agencias gubernamentales, Municipios, Consorcios Municipales, Recipientes de fondos para servicios de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados obtenidos a través del estudio diseñado para identificar los determinantes sociales asociados al VIH.</li> <li>• Lista de determinantes sociales de la salud asociados al VIH identificados.</li> </ul>
	<p>Establecer iniciativas culturalmente sensibles dirigidas a atender los determinantes sociales de la salud más significativos asociados al VIH que se identifiquen a través del Estudio.</p>	<p>Proveedores de Servicios</p>	<p>2018-2021</p>	<p>DS (OCASET), Comité Interpartes de RW , Agencias gubernamentales, Municipios, Consorcios Municipales, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Academia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de iniciativas establecidas para atender los determinantes sociales de la salud asociados al VIH que fueron más significativos de acuerdo a los resultados del estudio</li> </ul>
	<p>Monitorear y evaluar el nivel de ejecución de las iniciativas culturalmente sensibles que fueron implementadas.</p>	<p>Proveedores de Servicios</p>	<p>2018-2021</p>	<p>DS (OCASET), Cuerpos Asesores de Planificación<sup>39</sup>, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Comité Interpartes RW</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de ejecución/cumplimiento de los indicadores o medidas de ejecución que fueron desarrolladas para las iniciativas establecidas para atender los determinantes sociales.</li> </ul>

<sup>39</sup> Por Cuerpos Asesores de Planificación nos referimos a los Cuerpos Asesores de Planificación de Prevención y Ryan White Parte B, así como el Concejo de Planificación del AME de San Juan.

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>3.2 B</b> Establecer proyectos de servicio de salud y apoyo para atender las necesidades identificadas en las regiones este, sureste, suroeste y noroeste de P.R., según definidas por el Departamento de Salud.	Establecer un comité de trabajo que incluya representación de las regiones identificadas.	Proveedores de VIH por regiones este, sureste, suroeste y noroeste de P.R. Comunidad afectada	2018-2019	DS/OCASET, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW , Agencias gubernamentales, Municipios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Comité de trabajo establecido con representación de las regiones identificadas.</li> </ul>
	Realizar un inventario de los servicios no disponibles y necesarios en las regiones identificadas.	Comité de Trabajo Proveedores de Servicios	2019	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios del VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW, Municipios, Centros de Salud Comunitarios (CHCs, por sus siglas en inglés).	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evidencia de inventario de los servicios no disponibles y necesarios en las regiones identificadas.</li> </ul>
	Identificar fondos disponibles para atender las necesidades de servicios detallados.	Proveedores de Servicios	2018	DS (OCASET), Proveedores de servicios, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes RW Municipios, CHCs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fondos disponibles identificados.</li> </ul>
	Añadir los servicios no disponibles que son necesarios en el plan de servicios de los proveedores de las regiones identificadas.	Proveedores de Servicios	2019-2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes Municipios, CHCs	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de servicios no disponibles necesarios que fueron añadidos a los planes de servicios de los proveedores.</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>3.2 C</b> Establecer mecanismos para reducir el estigma y discrimen hacia las personas que viven con VIH en el lugar de trabajo.	Identificar estrategias efectivas que promuevan el liderazgo de las personas que viven con VIH en el escenario laboral.	Personas que viven con VIH	2017-2018	DS (OCASET), Comité Interpartes, Departamento del Trabajo, Cuerpos Asesores de Planificación, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Oficina de la Procuradora del Paciente, Comisión de Derechos Civiles, DTRHPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias efectivas identificadas.</li> </ul>
	Desarrollar un plan de trabajo para diseminar información sobre los derechos de personas que viven con VIH y las protecciones laborales que les cobijan.	Cuerpos Asesores de Planificación	2018-2019		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Plan de trabajo para diseminar información sobre el tratamiento y derechos de personas que viven con VIH desarrollado y los derechos laborales que les cobijan.</li> </ul>
	Evaluar las intervenciones de diseminación que se implementaron como parte del plan de trabajo desarrollado.	Cuerpos Asesores de Planificación	2019-2021		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informe de resultado de las evaluaciones de las intervenciones de diseminación implementadas.</li> <li>•Nivel de ejecución/cumplimiento de los indicadores o medidas de ejecución correspondientes a los indicadores que fueron desarrollados para cada una de las intervenciones de diseminación implementadas como parte del Plan de Trabajo.</li> </ul>

**Objetivo 3.3 Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos en un 3% en los grupos de hombres que tienen sexo con hombres, jóvenes HSH, Mujeres CH y la población de Transexuales.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/Colaboradores	Indicadores
<p><b>3.3A</b> Ampliar el alcance de los programas fundamentados en evidencia que abordan los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Hacer uso de la data disponible e investigaciones existentes para determinar las disparidades en nuevos diagnósticos de VIH.</p>	<p>HSH, jóvenes HSH, Mujeres con conducta heterosexual (CH), Transexuales</p>	<p>Septiembre 2019</p>	<p>Academia, DSPR (OCASET), Cuerpos Asesores de Planificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de disparidades identificadas</li> </ul>
	<p>Identificar intervenciones basadas en evidencia para reducir las disparidades relacionadas a los nuevos diagnósticos del VIH.</p>	<p>HSH, jóvenes HSH, mujeres CH, Transexuales</p>	<p>2020</p>	<p>DSPR (OCASET), Academia, recipientes de fondos para servicios de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de EBIs (por sus siglas in inglés, Evidenced, Based Practices) identificadas</li> </ul>
	<p>Diseminar y viabilizar la implementación de intervenciones basadas en evidencia para reducir las disparidades relacionadas a los nuevos diagnósticos del VIH.</p>	<p>Proveedores de servicios</p>	<p>2020-2021</p>	<p>DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de EBIs que se implementaron</li> <li>•</li> </ul>
	<p>Monitorear la implementación de intervenciones basadas en evidencia para reducir las disparidades relacionadas a los nuevos diagnósticos del VIH.</p>	<p>Proveedores de servicios</p>	<p>2020-2021</p>	<p>DSPR (OCASET), Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH</p>	<p>Número de proveedores implementando las EBIs</p>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/Colaboradores	Indicadores
<b>3.3 B</b> Fomentar la colaboración multisectorial para reducir el estigma y discrimen por el VIH en la población HSH, jóvenes HSH, mujeres CH y Transexuales.	Adaptar prácticas basadas en evidencia y culturalmente sensibles a las poblaciones de HSH, jóvenes HSH, mujeres CH, Trans.	HSH, Jóvenes HSH, Mujeres CH, Transexuales	2019	DSPR (OCASET), Comité Interpartes RW y Cuerpos Asesores de Planificación, Recipientes de fondos para servicios de VIH, Proveedores de servicios de VIH, Comisión de Derechos Civiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de EBIs adaptadas</li> </ul>
	Proveer capacitación a los proveedores de servicios sobre las prácticas basadas en evidencia adaptadas para ser culturalmente sensibles a las necesidades y la atención de las poblaciones de HSH, Jóvenes HSH, Mujeres CH y Transexuales.	Proveedores de servicios, en particular el componente de manejo de casos y navegador de servicios	2020	DSPR (OCASET), Comité Interpartes RW y Cuerpos Asesores de Planificación, AETC, Academia, Comisión de Derechos Civiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades de capacitación</li> </ul>
	Educar a proveedores de servicio para reducir el estigma y el discrimen por orientación sexual, identidad sexual y expresión de género, así como en la prevención de la violencia de género.	Personas que viven con VIH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Comité Interpartes RW , Cuerpos Asesores de Planificación, Comisión de Derechos Civiles, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de educación realizadas.</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades de capacitación</li> </ul>
	Promover el que se instituya como requisito de educación continua a las profesiones relacionadas a la salud y el manejo de caso los temas vinculados a la reducción del estigma y el discrimen por orientación sexual, identidad sexual y	Profesiones relacionadas a la salud y el manejo de caso	2018	DSPR (OCASET, División Legal), Juntas examinadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de créditos requeridos en esos temas</li> </ul>

	expresión de género, así como en la prevención de la violencia de género.				
	Desarrollar campañas educativas sobre estigma y discrimen para empoderar a las poblaciones de HSH, Jóvenes HSH y Transexuales.	Jóvenes HSH, HSH, Mujeres CH, Transexuales	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Comité Interpartes RW , Cuerpos Asesores de Planificación, Oficina de la Procuradora del Paciente, Comisión de Derechos Civiles, Alianzas con el sector privado, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de campañas educativas diseñadas</li> <li>•Número de campañas educativas publicadas               <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y duración de la campaña</li> <li>•Medios de divulgación</li> </ul> </li> <li>•Número de personas impactadas</li> </ul>
	Implementar estrategias de movilización comunitaria para reducir el estigma y discrimen hacia la población HSH, Jóvenes HSH y Transexuales.	Jóvenes HSH, HSH, Mujeres CH, Transexuales	2018-2021	DSPR (OCASET, Oficina de Comunicaciones), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Oficina de la Procuradora del Paciente, Academia, AETC, Organizaciones de base comunitaria, Aseguradoras, sector privado, Asociaciones de profesionales de la salud y ciencias de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de estrategias implementadas</li> <li>•Número de personas/entidades involucradas</li> <li>•Número de personas impactadas</li> </ul>
<b>Estrategia</b>	<b>Actividades</b>	<b>Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades</b>	<b>Fecha a completarse</b>	<b>Responsables/Colaboradores</b>	<b>Indicadores</b>

<b>3.3 C</b> Colaboración multisectorial para reducir el estigma y discrimen por el VIH en la población que vive con VIH.	Adaptar mejores prácticas que sean culturalmente sensibles a la población que vive con VIH, enfocadas a reducir el estigma y la discriminación.	Personas que viven con VIH	2019	DS/OCASET, Comité Interpartes de RW y Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de prácticas basadas en evidencia adaptadas</li> </ul>
	Capacitar a los proveedores de servicios sobre las mejores prácticas adaptadas para ser culturalmente sensibles a las personas que viven con VIH.	Proveedores de servicios	2020	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, AETC, Farmacéutica, Comité Interpartes de RW	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades de capacitación realizadas.</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades de capacitación.</li> </ul>
	Educar a proveedores de servicio para eliminar el estigma y el discrimen hacia las personas que viven con VIH.	Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comisión de Derechos Civiles, Comité Interpartes Ryan White	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas.</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades educativas</li> </ul>
	Educar al personal que labora en los medios de comunicación sobre el estigma y el discrimen hacia las personas que viven con VIH.	Proveedores de servicios	Continuo durante el periodo	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comisión de Derechos Civiles, Comité Interpartes Ryan White	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de actividades educativas realizadas.</li> <li>•Número de proveedores que participaron de las actividades educativas</li> </ul>
	Desarrollar una campaña educativa para reducir el estigma y discrimen para empoderar a la población que vive con VIH.	Personas que viven con VIH	2020	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Oficina de la Procuradora del Paciente, Academia, Comité Interpartes RW	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de campañas educativas diseñadas</li> <li>•Número de campañas educativas publicadas <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y duración de la campaña</li> <li>•Medios de divulgación</li> </ul> </li> <li>•Número de personas impactadas</li> </ul>

	Implementar estrategias de movilización comunitaria para reducir el estigma y discrimen hacia las personas que viven con VIH.	Personas que viven con VIH.	2018-2021	DS (OCASET), Recipientes de fondos para servicios de VIH , Alianzas con el sector privado, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Número de estrategias implementadas</li> <li>•Número de personas/entidades involucradas</li> <li>•Número de personas impactadas</li> </ul>
--	---	-----------------------------	-----------	---	--

# META 4:

Lograr una respuesta nacional más coordinada hacia la Epidemia del VIH

---

**Objetivo: 4.1 Promover una política pública dirigida a integrar los esfuerzos de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>4.1.A</b> Creación de un Comité Multisectorial para fortalecer la política pública y promover una mayor vinculación de los sectores del país relacionados a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH/SIDA, ITS, Hepatitis virales y TB en P.R.	Crear el comité multisectorial.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH, Legislatura, Proveedores de servicios)	2017	DS (OCASET, Asesores Legales), Cuerpos Asesores de Planificación, Recipientes de fondos para servicios de VIH, OBC, Comunidad VIH, Asesor de Salud del Ejecutivo, CoPuReDa, Representante de la Legislatura, ASES, Oficina del Comisionado de Seguros, Proveedores de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Comité multisectorial creado</li> <li>•Lista de miembros por sector que representan</li> </ul>
	Formular estrategias para abordar las necesidades de política pública identificadas en el Plan Integrado.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH)	2018	Comité Multisectorial, Comunidad VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias para abordar las necesidades de política pública</li> </ul>
	Diseminar las estrategias formuladas entre los distintos grupos de interés para insumo.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH)	2018	Comité Multisectorial, Comunidad VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de estrategias diseminadas               <ul style="list-style-type: none"> <li>○Hojas de trámite con firma de representantes de los diferentes grupos y fecha que evidencien la diseminación a los grupos de interés identificados</li> <li>○Lista de comentarios y recomendaciones emitidos por los grupos de interés a quienes se les divulgaron las estrategias</li> </ul> </li> </ul>

	Presentar un paquete de medidas legislativas y de reglamentación que provea una respuesta integrada y culturalmente sensible para la vigilancia, prevención y tratamiento de VIH, ITS, Hepatitis virales y TB.	Legislatura	2018-2019	Comité Multisectorial, Comunidad VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquetes de medidas legislativas y de reglamentación presentadas</li> <li>• Lista de medidas legislativas y de reglamentación presentadas para proveer una respuesta integrada y culturalmente sensible para la vigilancia, prevención y tratamiento de VIH, ITS, Hepatitis virales y TB.</li> </ul>
	Identificar los criterios de evaluación de los cambios en política pública propuestos por el comité.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH)	2020	Comité Multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de criterios/indicadores desarrollados en respuesta a los cambios en política pública derivados de los trabajos del Comité Multisectorial</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
4.1.B Utilización de un enfoque basado en las mejores prácticas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación en la implantación del Plan Integrado.	Identificar las mejores prácticas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación y la implementación del Plan Integrado.	Cuerpos Asesores de Planificación	2017	DS, , Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de las mejores prácticas identificadas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación</li> </ul>
	Implementar las mejores prácticas para fortalecer la coordinación de	Cuerpos Asesores de Planificación	2018	DS, , Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de las mejores prácticas implementadas para aumentar la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación.</li> </ul>

	esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación en la Implementación del Plan Integrado.				
	Monitorear las mejores prácticas implementadas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación en la implementación del Plan Integrado.	Cuerpos Asesores de Planificación	2019	DS, , Cuerpos Asesores de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes trimestrales sobre la implementación de las mejores prácticas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación.</li> <li>• Lista de medidas de ejecución/indicadores desarrollados para monitorear la implantación y el cumplimiento con las prácticas implantadas.</li> <li>• Informe Trimestral del nivel de cumplimiento con las medidas/indicadores relacionados a las prácticas implementadas para fortalecer la coordinación de esfuerzos entre los Cuerpos Asesores de Planificación</li> </ul>
Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>4.1.C</b> Educar sobre los cambios en política pública que incidan en la prestación de servicios vinculados a la prevención y tratamiento del	Identificar los canales de comunicación más adecuados, para compartirle a los grupos de interés y políticas que surjan.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH, Legislatura)	Continuo durante el periodo	DS (OCASET, Comunicaciones), Comité Multisectorial, Comunidad VIH, Legislatura, Academia, Escuelas de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de canales de comunicación identificados, de acuerdo a los grupos de interés y a las políticas que fueron desarrolladas.</li> </ul>

VIH.	Implementar las actividades y estrategias de divulgación y educación.	Multisectorial (agencias gubernamentales, Entidades Privadas, OBC, Comunidad VIH)	Continuo durante el periodo	DS (OCASET, Comunicaciones), Comunidad VIH, Comité Multisectorial, Academia, Escuelas de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canales de comunicación identificados</li> <li>• Lista de actividades y estrategias de educación que fueron implementadas para instruir y notificar los cambios en política pública derivados de los esfuerzos del Comité de Política Pública</li> <li>• Lista de actividades y estrategias de divulgación que fueron implementadas para comunicar y diseminar los cambios en política pública que tuvieron efecto.</li> <li>• Tipo de medios de divulgación utilizados.</li> </ul>
------	---	---	-----------------------------	---	--

**Objetivo: 4.2 Desarrollar y/o intensificar la planificación y colaboración para respaldar una respuesta coordinada para VIH en términos de prevención, cuidado y tratamiento.**

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<b>4.2.A</b> Educar anualmente sobre la epidemiología y servicios del VIH/SIDA, ITS, Hepatitis viral y TB en P.R.	Diseñar las estrategias de educación y diseminación de información.	DS AETC Cuerpos Asesores de Planificación	2017	DS(OCASET, Vigilancia Epidemiológica, Oficina de Comunicaciones), ASES, Oficina del Comisionado de Seguros, Cuerpos Asesores de Planificación, AETC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de estrategias diseñadas para educar periódicamente sobre la epidemiología y los servicios disponibles para atención y cuidado del VIH/SIDA, ITS, Hepatitis Viral y TB</li> <li>• Lista de estrategias diseñadas para la diseminación de información epidemiológica y sobre los servicios disponibles para atención y cuidado del VIH/SIDA, ITS, Hepatitis Viral y TB</li> </ul>

	Identificar los campos a incluirse en una publicación periódica sobre la epidemiología y servicios del VIH/ITS, Hepatitis y TB en P.R.	DS(OCASET, Vigilancia Epidemiológica) Cuerpos Asesores de Planificación, AETC, Academia	2017	DS(OCASET, Vigilancia Epidemiológica, Oficina de Comunicaciones), ASES, Oficina del Comisionado de Seguros, Cuerpos Asesores de Planificación, AETC, Academia	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista y definición operacional de los campos que se identifiquen para ser incluidos en la publicación periódica sobre la epidemiología y servicios de VIH/ITS, Hepatitis y TB en P.R.</li> <li>•Estructura o bosquejo de la publicación en el que se identifiquen los campos/elementos a ser incluidos en una publicación periódica sobre la epidemiología y servicios de VIH/ITS, Hepatitis y TB en P.R.</li> </ul>
	Desarrollar la publicación periódica.	DS	2018	DSPR (OCASET, Vigilancia Epidemiológica, Oficina de comunicaciones), ASES, Oficina del Comisionado de seguros, Cuerpos Asesores de Planificación, AETC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Copia de la publicación periódica sobre la epidemiología y servicios de VIH/ITS, Hepatitis y TB en Puerto Rico</li> <li>•Número de publicaciones distribuidas</li> <li>•Estimado de impacto a base del promedio de personas expuestas por ejemplar o envío</li> </ul>
	Llevar a cabo foros para apoyar la integración, coordinación y la colaboración de los sectores vinculados a la epidemiología y servicios de VIH/SIDA, ITS, Hepatitis viral y TB en P.R.	DS(OCASET, Vigilancia Epidemiológica) Cuerpos Asesores de Planificación, AETC, Academia	2019	DS(OCASET, Vigilancia Epidemiológica), ASES, Comisionado de Seguros, Cuerpos Asesores de Planificación, AETC,	<p>Evidencia de que los foros fueron realizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fecha y duración</li> <li>•# de representantes que asistieron correspondientes a los diferentes sectores/ agencias/organizaciones que participaron del mismo.</li> </ul>
<b>Estrategia</b>	<b>Actividades</b>	<b>Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades</b>	<b>Fecha a completarse</b>	<b>Responsables/ Colaboradores</b>	<b>Indicadores</b>
<b>4.2.B</b> Establecer los mecanismos de rendición de cuentas sobre las estrategias del Plan Integrado.	Implementar los procesos de recopilación de información de los proveedores de	DSPR Cuerpos Asesores de Planificación	2017	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia, Secretaría Auxiliar de Planificación), AME San Juan, Cuerpos Asesores de Planificación,	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de procesos y mecanismos de recopilación de información que fueron implementados para que los proveedores de servicios puedan documentar la labor realizada, de forma que se pueda</li> </ul>

	servicios para documentar el avance de las actividades del Plan Integrado.			Comunidad VIH, Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	evidenciar el progreso/avance de las actividades establecidas en el Plan Integrado.
	Determinar el nivel de cumplimiento con las estrategias propuestas en el Plan Integrado.	DSPR Cuerpos Asesores de Planificación	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia, Secretaría Auxiliar de Planificación), AME San Juan, Comunidad VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<p>Nivel de cumplimiento con las estrategias propuestas en el Plan Integrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de medidas de ejecución/indicadores desarrollados para monitorear la implantación y progreso correspondiente a las estrategias propuestas en el Plan Integrado.</li> <li>•Informe Trimestral del nivel de cumplimiento con las medidas de ejecución/ indicadores desarrollados para monitorear la implantación y progreso correspondiente a las estrategias propuestas en el Plan Integrado.</li> </ul>
	Divulgar a los grupos de interés el progreso y cumplimiento con respecto al Plan Integrado	Comunidad VIH, Proveedores de Servicios y otros grupos de Interés	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia, Secretaría Auxiliar de Planificación), AME San Juan, Comunidad VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Informes trimestrales de progreso y cumplimiento presentados a los grupos de interés</li> <li>•Hojas de trámite con firma de representantes de los diferentes grupos y fecha, que evidencien la diseminación del Informe Trimestral de progreso y cumplimiento con respecto a las estrategias propuestas en el Plan Integrado.</li> </ul>
	Desarrollar e implementar medidas o estrategias para asegurar el cumplimiento y progreso del Plan Integrado.	DSPR Cuerpos Asesores de Planificación, Recipientes de fondos para servicios de VIH	Continuo durante el periodo	DSPR (OCASET, Oficina de Vigilancia, Secretaría auxiliar de planificación), AME San Juan, Comunidad VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Proveedores de servicios, Recipientes de fondos para servicios de VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lista de medidas desarrolladas e implementadas</li> </ul>

Estrategia	Actividades	Grupos o poblaciones a los que van dirigidas las actividades	Fecha a completarse	Responsables/ Colaboradores	Indicadores
<p><b>4.2.C</b> Establecer una red virtual para que los beneficiarios con VIH del Plan de Salud del Gobierno de P.R. puedan tener acceso a servicios integrados de salud en cualquier parte de la Isla, incluyendo servicios de salud mental y para el uso problemático de sustancias.</p>	<p>Coordinar reuniones con las personas o grupos de interés.</p>	<p>Comunidad VIH y Proveedores de Servicios, ASES</p>	<p>2017</p>	<p>Aseguradoras, Comité Interpartes Ryan White Cuerpos Asesores de Planificación ASES, DSPR (OCASET), Procuradora del Paciente, Proveedores de Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de reuniones realizadas</li> <li>• Número y sectores que representan las de entidades que participaron de las reuniones</li> <li>Registro de asistencia de los participantes en las reuniones</li> <li>• Minutas de las reuniones</li> </ul>
	<p>Identificar mecanismos para establecer los cambios necesarios en la contratación con los proveedores.</p>	<p>Proveedores de Servicios, ASES</p>	<p>2017</p>	<p>Aseguradoras, Comité Interpartes RW Cuerpos Asesores de Planificación ASES, DSPR (OCASET), Procuradora del Paciente, Proveedores de Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de gestiones o mecanismos identificados para establecer cambios necesarios en la contratación de proveedores</li> </ul>
	<p>Implementar los cambios identificados en la contratación con proveedores.</p>	<p>Proveedores de Servicios, ASES</p>	<p>2018-2021</p>	<p>Aseguradoras, Comité Interpartes Ryan White, Cuerpos Asesores de Planificación ASES, DSPR (OCASET), Procuradora del Paciente, Proveedores de Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de cambios implementados en el proceso de contratación de proveedores</li> </ul>
	<p>Evaluar la implementación del nuevo modelo o sistema de red virtual.</p>	<p>Proveedores de Servicios, ASES</p>	<p>2021</p>	<p>Aseguradoras, Comité Interpartes Cuerpos Asesores de Planificación ASES, DSPR (OCASET), Procuradora del Paciente, Proveedores de Servicios,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de progreso de la implementación del nuevo modelo o sistema <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados del nuevo modelo o sistema</li> <li>Lista de medidas de ejecución/indicadores desarrollados para monitorear la implantación del nuevo modelo o sistema de red virtual derivado de los cambios realizados al proceso de contratación de proveedores.</li> </ul> </li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"><li>Informe Trimestral del nivel de cumplimiento con las medidas de ejecución/ indicadores desarrollados para monitorear del nuevo modelo o sistema de red virtual derivado de los cambios realizados al proceso de contratación de proveedores.</li></ul>
--	--	--	--	--	--

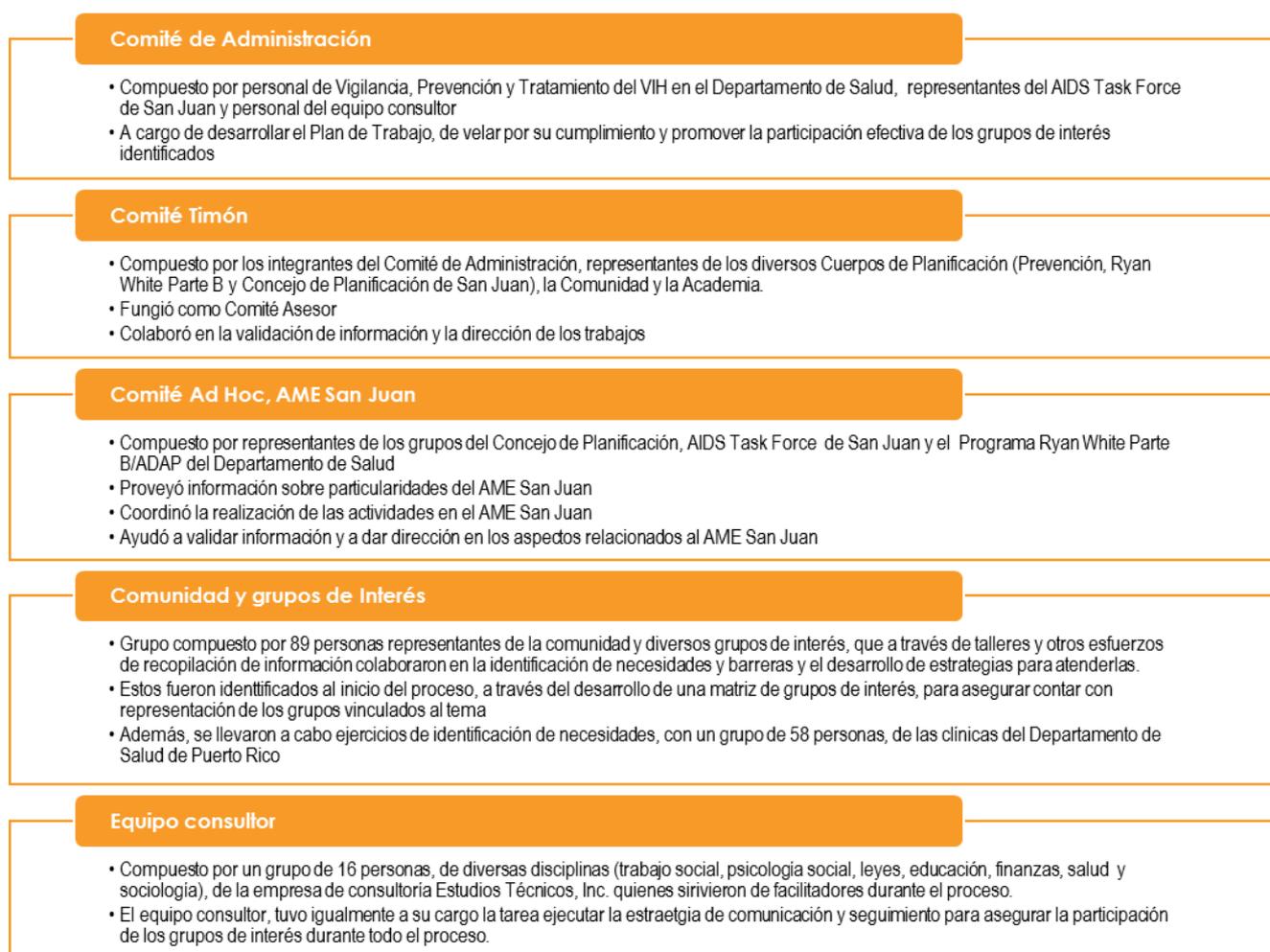
## B. COLABORADORES, ALIANZAS E INVOLUCRAMIENTO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

### CONTRIBUCIONES ESPECÍFICAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

El proceso para desarrollar el Plan Integrado, se realizó mediante un acercamiento multi-método de planificación participativa y apoderamiento, a través del cual representantes del gobierno, la comunidad infectada y afectada por el VIH, organizaciones sin fines de lucro, entidades públicas, la Academia y otros grupos de interés, participaron de la identificación y priorización de las necesidades, y elaboración de estrategias para atender las brechas en los servicios. El propósito de utilizar este tipo de acercamiento, fue sentar las bases para la estructura de colaboración e integración que se requiere para implementar el Plan Integrado y lograr una respuesta más coordinada al VIH en Puerto Rico.

Para asegurar la participación de la comunidad, los Cuerpos Asesores de Planificación y los distintos actores vinculados al tema se estableció una estructura de cinco comités o grupos de trabajo, según se describe en la Figura siguiente.

**Figura 39: Grupos de trabajo que participaron del proceso de planificación**

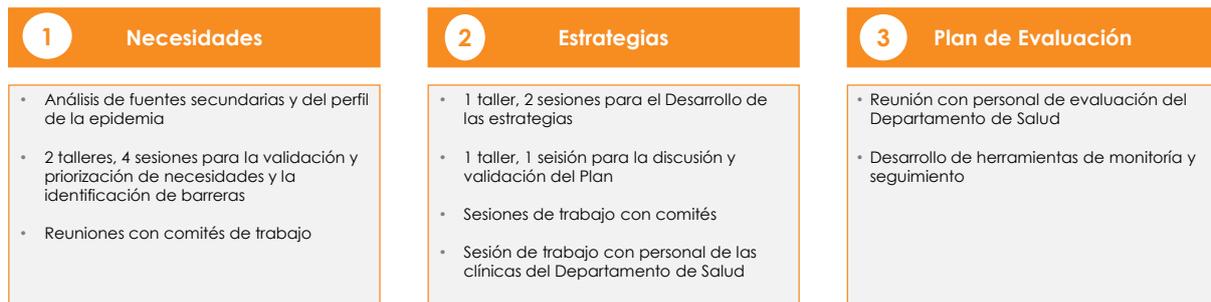


Por otra parte, los trabajos y actividades llevadas a cabo, se organizaron en tres etapas, según se presenta en la figura siguiente. Este modo de organización, permitió que los representantes de los distintos grupos de interés participaran activamente en:

- la identificación de las necesidades, brechas y barreras,
- la elaboración de las estrategias y actividades, y
- en la validación del Plan.

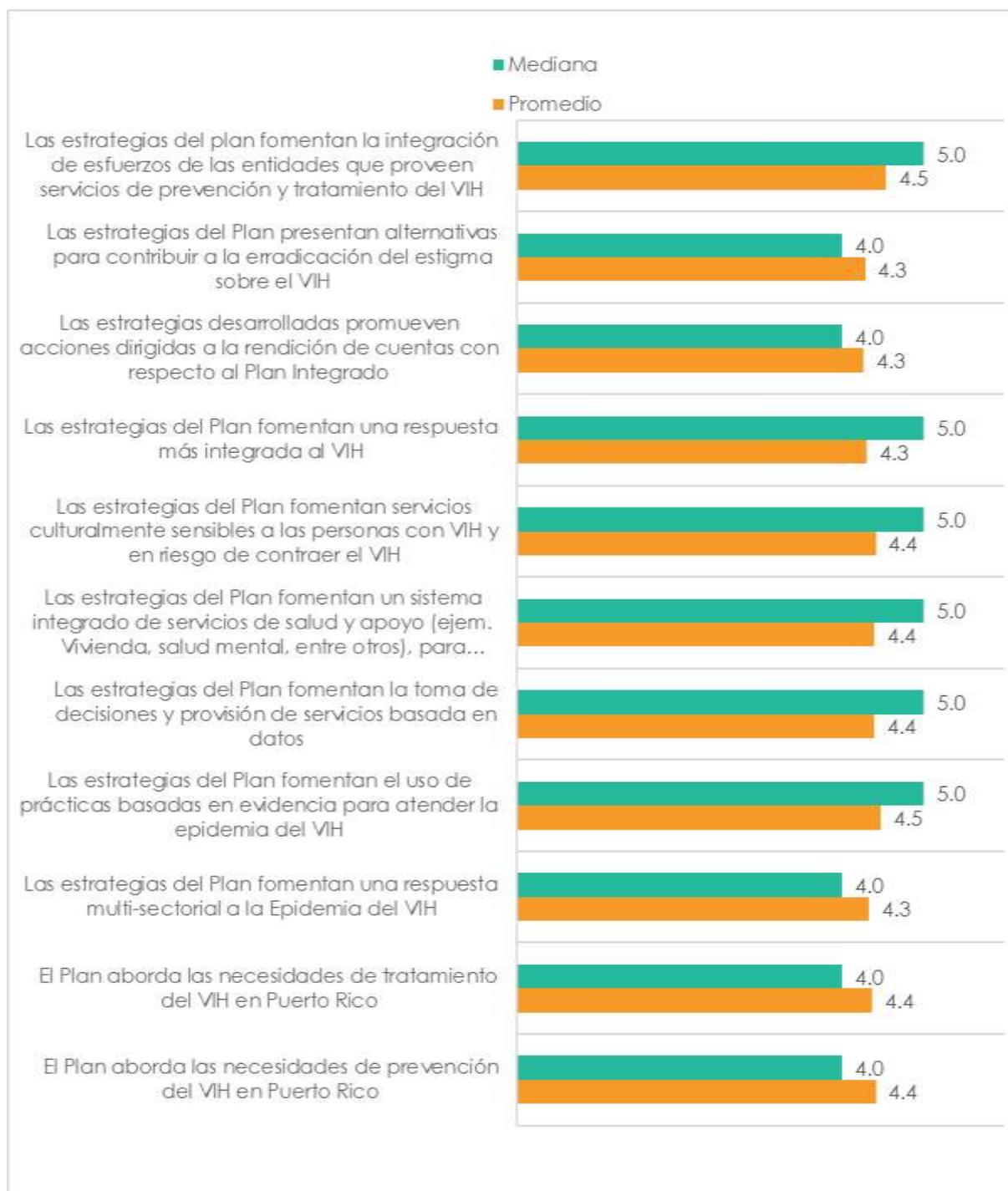
Para mantener a los participantes activos en el proceso, se utilizaron diversas estrategias, que incluyeron reuniones para orientar sobre el proceso, llamadas de seguimiento y envío de materiales vía Internet. Cabe destacar que el acercamiento utilizado en el AME de San Juan para la elaboración del Plan Integrado, fue similar al utilizado para la Jurisdicción (P.R.). Además, representantes del *AIDS Task Force* y del Concejo de Planificación del AME de San Juan, participaron en las actividades de la jurisdicción.

**Figura 40: Etapas de desarrollo del Plan Integrado**



Durante el último taller de validación, los participantes tuvieron la oportunidad de discutir en detalle las estrategias y actividades propuestas para el Plan Integrado. Igualmente, completaron un ejercicio individual, donde analizaron el Plan Integrado a la luz de los parámetros que establecen las guías del CDC y HRSA. Los resultados de dicho ejercicio, se incluyen a continuación.

**Figura 41: Resultados de las hojas de validación individuales**



Nota: La base de esta ilustración está compuesta por las 48 personas que participaron del último taller de validación y completaron la hoja de evaluación.

**Figura 42: Puntuación otorgada al borrador presentado con respecto al cumplimiento con los requisitos del CDC y HRSA para la elaboración del plan**



### GRUPOS DE INTERÉS NO PRESENTES EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Durante las distintas etapas presentadas en la Figura 40, se contó con la participación de todos los grupos que inicialmente se identificaron como parte de los sectores de interés relacionados al VIH en PR y el AME San Juan. Durante las conversaciones con estos actores, sin embargo, se identificaron otros sectores de interés, que se entienden importantes para efectos de la implementación de las estrategias diseñadas. Estos incluyen, por ejemplo, representantes del sector privado (aseguradoras privadas y farmacéuticas, entre otros) y de agencias gubernamentales como el Departamento de Educación y la Policía de P.R. Prospectivamente, el Departamento de Salud, como parte de las tareas de divulgación del Plan Integrado estará contactando y llevando a cabo actividades con estos grupos de interés.

### CARTA DE CONCURRENCIA

La carta de concurrencia de los Cuerpos Asesores de Planificación, se incluye como Anejo.

## C. INVOLUCRAMIENTO DE LA COMUNIDAD Y PERSONAS VIVIENDO CON VIH

### A – CÓMO LAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN EL DESARROLLO DEL PLAN INTEGRADO SE RELACIONAN CON LA EPIDEMIA EN LA JURISDICCIÓN

Como se indicó en un apartado anterior, al inicio del proceso de planificación se desarrolló una matriz de grupos de interés, para asegurar que se contaba con representantes de los distintos grupos relacionadas a la epidemia. Así, se contó entre los participantes con miembros de la comunidad y representantes de grupos con conductas de riesgo, o de las entidades que trabajan con estos, incluyendo: PID, HSH, personas sin hogar y población trans, entre otros.

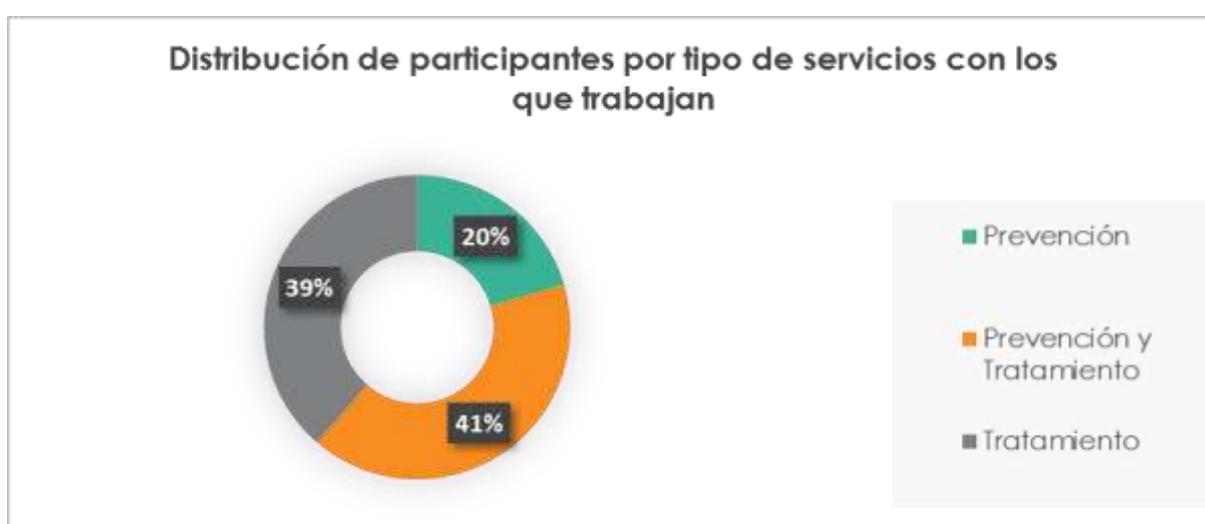
### B – CÓMO LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH FUERON INCLUIDAS EN EL DESARROLLO DEL PLAN

Las personas viviendo con VIH contribuyeron al Plan Integrado de dos maneras: a través de la participación en los grupos de trabajo descritos en la Figura 39, y a través de las presentaciones a los Cuerpos Asesores de Planificación. Del total de participantes de los talleres llevados a cabo para la identificación de las necesidades y elaboración de estrategias, 12% se identificaron como miembros de la comunidad VIH positiva (Figura 43).

Figura 43: Representación por sector y por tipo de servicios con los que trabajan



Figura 44: Distribución por tipo de participantes



Nota: La base de esta ilustración está compuesta por las 89 personas que participaron en los talleres llevados a cabo para la elaboración del Plan.

### C - MÉTODOS PARA INVOLUCRAR A LAS COMUNIDADES, PERSONAS VIVIENDO CON VIH Y POBLACIONES CON CONDUCTAS DE RIESGO EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Según se mencionó en un apartado anterior, el proceso para desarrollar el Plan Integrado se basó en un acercamiento multi-método de planificación participativa y de empoderamiento, que permitió contar con representación de personas viviendo con VIH y poblaciones con conductas de riesgo, para asegurar que el Plan respondiera a las necesidades de prevención y tratamiento de estas poblaciones. Para efectos de mantener involucrada a la comunidad durante todo el proceso de planificación, se utilizaron diversos acercamientos que incluyeron: la realización de talleres, reuniones, envío de material vía Internet y seguimiento telefónico. La utilización de estos distintos mecanismos permitió que los representantes de estos distintos grupos de interés pudieran participar activamente en la identificación de las necesidades, pero igualmente en la elaboración de las estrategias y actividades que forman el Plan Integrado de la Jurisdicción y del AME de San Juan.

## SECCIÓN III: MONITORÍA Y MEJORAMIENTO

### A. PROCESOS PARA PROVEER INFORMACIÓN REGULARMENTE A LOS CUERPOS ASESORES DE PLANIFICACIÓN Y ACTORES DE INTERÉS SOBRE EL PROGRESO Y AVANCE DEL PLAN

Como parte del proceso de desarrollo del Plan Integrado, se estableció un Comité Timón con representación del personal de las divisiones del Departamento de Salud de Puerto Rico que trabajan con la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH, así como otros actores, incluyendo representantes de los Cuerpos Asesores de Planificación de los Programas de Prevención de VIH, Ryan White Parte B y Ryan White Parte A, la Academia y la Comunidad. Para efectos de la implementación del Plan, este grupo se establecerá con carácter de permanencia, y se añadirán miembros conforme a la necesidad para implementar el plan - incluyendo representantes del Comité Interpartes de Ryan White<sup>40</sup>. El objetivo de este grupo de trabajo será proveer guía y retroalimentación para la implementación del Plan. Para esto, se calendarizarán reuniones trimestrales.

El Comité Timón será también – un enlace con los Cuerpos Asesores de Planificación<sup>41</sup>. Trimestralmente, el Departamento de Salud emitirá informes de progreso y separará un espacio durante las reuniones periódicas que mantienen los Cuerpos Asesores de Planificación para presentar los informes y recibir su insumo. El Comité Timón será responsable de discutir el insumo que reciban de los informes durante las reuniones trimestrales y elaborará medidas que permitan atender las áreas de recomendación.

Al final de cada año calendario se publicará un informe que resuma los productos y resultados del Plan alcanzado. El informe se compartirá y discutirá con los Cuerpos Asesores de Planificación y el Comité Timón, para identificar cambios que aseguren el cumplimiento y progreso del Plan. Igualmente, el informe estará disponible en la Página Web del Departamento de Salud, para recibir la *retroalimentación* de los ciudadanos y ciudadanas.

### B. PLAN PARA MONITOREAR Y EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN INTEGRADO

El Departamento de Salud desarrolló un plan de evaluación que permitirá monitorear la implementación del Plan Integrado, enfocándose en los principios de evaluación de procesos y evaluación de los resultados.

---

<sup>40</sup> El Comité Interpartes es el ente compuesto por Administradores de Programas RW en Puerto Rico, a cargo de fortalecer la coordinación y prestación de los servicios dirigidos a personas que viven con VIH mediante la colaboración, discusión y toma de decisiones administrativas de las partes que integran la Ley Ryan White en Puerto Rico.

<sup>41</sup> En esta instancia la frase “Cuerpos Asesores de Planificación”, se refiere a los grupos de planificación de Prevención, Ryan White Parte B y el Concejo de Planificación del EMA de San Juan.

A través de un acercamiento que utilizará diversas fuentes de información, se recopilarán los datos e indicadores sobre los productos de las actividades establecidas y los resultados con respecto a las cuatro metas de la Estrategia Nacional. Las fuentes a utilizarse incluyen:

- | informes mensuales de los proveedores de servicios y recipientes de fondos para servicios de prevención y tratamiento del VIH;
- | información y estadísticas oficiales provenientes del Sistema de Vigilancia del VIH del Departamento de Salud de Puerto Rico.;
- | estudios encomendados por los Cuerpos Asesores de Planificación; y
- | datos provenientes de otras fuentes oficiales tales como:
  - Prevención: *STD Management information System, Evaluation Web®* (relacionada a pruebas), base de datos desarrollada localmente para la intervención de distribución de condones;
  - Tratamiento: *CareWare Data System*, base de datos local del Programa Ryan White para *Early Identification of Individuals with HIV* (EIIHA Database), base de datos de Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC Database) y Trabajadores de Alcance Comunitario (TAC Database), base de datos de Beneficios de Farmacias (PBM, por sus siglas en inglés) database ;
  - Base de datos de la Administración de Servicios de Salud (ASES) de Puerto Rico y
  - Base de datos disponible en la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud (informes de utilización de los seguros de salud comerciales)

En las instancias en las que los datos dependen de informes presentados por los proveedores de servicios, se desarrollarán guías e instrumentos estandarizados para la recopilación de información sobre las intervenciones que se implementaron.

La información que se recopile a través de estas fuentes se agregará y presentará trimestralmente a los Cuerpos Asesores de Planificación y al Comité Timón del Plan, para mantenerlos informados sobre el progreso del Plan Integrado y recibir su insumo. El Comité Timón designará a un Sub-Comité de Evaluación y Monitoreo que tendrá la responsabilidad de compilar la información, analizarla y redactar los informes. En este habrá representación de las unidades de evaluación de la División de Prevención de ETS/VIH, el Programa Ryan White Parte B/ADAP, Vigilancia VIH/SIDA y la OCASET del Departamento de Salud.

Para monitorear el cumplimiento de los productos de cada actividad, la jurisdicción desarrolló una herramienta en Excel (Figura 42) que permitirá a los(as) miembros del Sub-Comité de Evaluación y Monitoreo asegurar la implementación de las actividades en el tiempo destinado.

Figura 45: Muestra de la Pantalla de la hoja de seguimiento desarrollada para monitorear los indicadores relacionados a procesos y productos

PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN PUERTO RICO									
Project Tracking Tool META#1									
Current Status				Projects			Deferrables		
Strat	Item	Priority	Task	Organization	Description	Indicator(s)	Deadline	% Done	Days Left
Agenda			Estrategia 1.1A		1.1.A Validar la implementación de la guía indirecta del VIH para la población general en los escenarios planteados				
			Actividad 1		Desarrollar e identificar una guía de apoyo pública para la implementación de la prueba indirecta de VIH en Puerto Rico	Guía desarrollada	6/30/2017		200
			Actividad 2		Analizar los resultados de educación y asesoramiento a profesionales de la salud sobre la prueba indirecta y sobre la notificación de diagnósticos	Número de escenarios clínicos que recibieron la guía	6/30/2017		200
			Actividad 3		Entrenar y realizar talleres a personal de VIH en las escenarios clínicos mediante la implementación de las guías de apoyo públicas sobre la prueba indirecta de VIH	Número de profesionales de la salud que recibieron la guía	12/31/2019	4	196
			Actividad 4		Desarrollar e implementar una estrategia para que la prueba indirecta del VIH sea accesible en el rango general	Número de actividades y sesiones de capacitación brindadas	12/31/2019	4	196
						Número de participantes	12/31/2019	4	196
						Número de pruebas	12/31/2019	4	196
						Puntaje total	12/31/2019	4	196
						Número de escenarios clínicos	12/31/2019	4	196
						Número de proveedores de la salud	12/31/2019	4	196
						Estrategia desarrollada	12/31/2019	4	196
						Número de escenarios clínicos que recibieron la guía	12/31/2019	4	196
						Número de proveedores que recibieron la guía	12/31/2019	4	196
						Número de escenarios donde se brindó el servicio de prueba indirecta	12/31/2019	4	196
						Número de escenarios donde se brindó el servicio de prueba indirecta	12/31/2019	4	196

En cuanto a la evaluación de resultados, se incluye a continuación la matriz de indicadores por meta de la Estrategia Nacional.

PREGUNTAS E INDICADORES DE RESULTADOS

Metas	Meta #1: Reducir las nuevas infecciones por el VIH			Meta #2: Aumentar el acceso a cuidado y tratamiento para mejorar la salud de las personas que viven con VIH					Meta #3: Reducir las disparidades relacionadas al VIH y las desigualdades en la salud			Meta #4: Lograr una respuesta nacional más coordinada	
<b>Objetivos</b>	1.1 Aumentar a 90% el porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.	1.2 Reducir en un 25% el número de casos diagnosticados y reportados del VIH	1.3 Reducir el porcentaje de HSH, Jóvenes HSH y Mujeres CH que presentan conductas de riesgo de infección en un 10%	2.1 Aumentar a 85% el porcentaje de personas con recién diagnóstico enlazados a atención médica del VIH en el plazo de un mes desde su diagnóstico.	2.2 Lograr que al menos el 70% de las personas fuera del cuidado re-enlace a tratamiento.	2.3 Aumentar a 90% las personas que viven con VIH que se retienen en tratamiento	2.4 Aumentar a 80% las personas que viven con VIH que están viralmente suprimidas	2.5 Reducir el porcentaje de personas recibiendo atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más de 5%	3.1 Aumentar a un 80% la supresión de carga viral de VIH en jóvenes y personas que se inyectan drogas	3.2 Reducir las disparidades geográficas de tratamiento y apoyo a personas que viven con VIH	3.3 Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos en un 3% en los grupos de HSH, jóvenes HSH, Mujeres CH y Transexuales.	4.1 Promover una política pública dirigida a integrar los esfuerzos de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH.	4.2 Desarrollar y/o intensificar la planificación y colaboración para respaldar una respuesta coordinada para VIH en términos de la vigilancia, cuidado y tratamiento del VIH
<b>Umbrales</b>	De 88% a 90% al 2021	Por ciento de reducción en número de casos positivos diagnosticados del 2017 al 2021	Por ciento de reducción en HSH, Jóvenes HSH y Mujeres CH que presentan conductas de riesgo 2017 al 2021	De 36.4% a 85% en 2021	De 68% a 70% en 2021	De 62.9% a 90% en 2021	De 41.4% a 80%, en 2021	No más de 5% al 2021.	De 41.4% a 80% en 2021	Reducción en el porcentaje de personas que presentan disparidades asociadas al acceso a servicios de tratamiento y apoyo durante el periodo de 2017 a 2021	Por ciento de reducción en número de casos positivos diagnosticados del 2017 al 2021 entre HSH, jóvenes HSH, mujeres CH y Trans		
<b>Audiencia</b>	Oficina de vigilancia y proveedores de servicios de prevención	Proveedores de servicios de prevención	Proveedores de servicios de prevención, agencias y entidades vinculadas a la educación	Profesionales de la salud, personal de enlace, personal de manejo de caso clínico licenciados y de apoyo, proveedores de servicios de prevención y tratamiento de VIH	Profesionales de la salud, personal de enlace, personal de manejo de caso clínico licenciados y de apoyo, proveedores de servicios de prevención y tratamiento de VIH	Proveedores de servicios de tratamiento	Proveedores de servicios de tratamiento	Proveedores de servicios de prevención y tratamiento del VIH, Agencias del estado relacionadas a Vivienda, sistemas de cuidado continuo para la población sin hogar, personal de manejo de caso y navegación	Proveedores de servicios de tratamiento	Proveedores de servicios de tratamiento y apoyo	HSH, jóvenes HSH, mujeres con conducta heterosexual CH, Transexual, Proveedores de servicio particular el componente manejo de casos y navegador de servicio, Personas que viven con VIH	Entidades Multisectoriales y Comunidad	Cuerpos de Planificación, Entidades Multisectoriales y Comunidad
<b>Pregunta de evaluación</b>	¿Cuán efectivos son nuestros procesos de cernimiento?	¿Cuán efectivos son nuestros esfuerzos de prevención?	¿Cuán efectivos son nuestras esfuerzos dirigidos a disminuir conductas de riesgo en las poblaciones de HSH, Jóvenes HSH y Mujeres CH?	¿Cuán efectivos son nuestros esfuerzos para enlazar a cuidado las personas recién diagnosticadas?	¿Cuán efectivos somos re-enlazando a cuidado personas que abandonaron tratamiento?	¿Cuán efectivo somos reteniendo personas en tratamiento?	¿Cuán efectivos somos manteniendo la carga viral suprimida de las personas que viven con VIH?	¿Cuán efectivos somos facilitando oportunidades de vivienda a las personas que viven con VIH?	¿Cuán efectivos somos manteniendo la carga viral suprimida entre los jóvenes de 13-29 años y las PID con VIH?	¿Cuán efectivos somos reduciendo las disparidades en la provisión de servicios de tratamiento y apoyo a personas que viven con VIH?	¿Cuán efectivos somos en reducir el número de nuevos diagnósticos entre HSH, jóvenes HSH, mujeres CH y Trans?	¿Cuán efectivos somos en lograr cambios en política pública dirigidos a integrar los esfuerzos de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH?	¿Cuán efectivos somos en integrar y dirigir los esfuerzos de vigilancia, prevención y tratamiento de VIH para lograr una respuesta más coordinada a la epidemia?

PREGUNTAS E INDICADORES DE RESULTADOS

Metas	Meta #1: Reducir las nuevas infecciones por el VIH			Meta #2: Aumentar el acceso a cuidado y tratamiento para mejorar la salud de las personas que viven con VIH					Meta #3: Reducir las disparidades relacionadas al VIH y las desigualdades en la salud			Meta #4: Lograr una respuesta nacional más coordinada	
<b>Indicadores de resultados</b>	Por ciento de personas que conocen su estado serológico	Número de nuevos diagnosticados	Por ciento de HSH, Jóvenes HSH y Mujeres CH que presentan conductas de riesgo	Por ciento de personas ≥18 años que tuvieron al menos una visita médica después de haber sido notificados con un diagnóstico de VIH y que la visita se haya dado antes de cumplirse un mes del diagnóstico	Por ciento de personas ≥18 años que re-enlazaron a tratamiento, luego de seis meses o más fuera de tratamiento por proveedor de servicios	Personas ≥18 años con evidencia de pruebas de CD4 y/o carga viral en al menos dos ocasiones durante el año especificado	Personas ≥18 años recibiendo terapia antirretroviral, con carga viral suprimida (<200 copias/ml) durante el año especificado.	Porcentaje de personas recibiendo tratamiento que no tienen una vivienda	Jóvenes entre los 13 - 29 años y PID recibiendo terapia antirretroviral, con carga viral suprimida (<200 copias/ml) durante el año especificado.	Por ciento de personas cuyas necesidades de servicios de tratamiento y apoyo son atendidas	Número de nuevos diagnosticados entre HSH, jóvenes HSH, mujeres CH y Trans	Nuevas políticas públicas relacionadas a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH	Establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas y retroalimentación / Implantación de red virtual de servicios
<b>Instrumentos de recopilación de información</b>	Informes de proveedores	Informes de proveedores	Youth Risk Behavioral Surveillance System	Informes de Vigilancia SIDA, Informes de ASES, Informes de proveedores / CAREware/ Base de datos de Ryan White Parte B	Informes de proveedores / CAREware/ Base de datos de Ryan White Parte B	, Informes de proveedores / CAREware/ Base de datos de Ryan White Parte B	Informes de proveedores / CAREware/ Base de datos de Ryan White Parte B	Informes de Proveedores/ Conteo de Personas sin hogar (Point in Time Survey), Estadísticas del HMIS	Informes de proveedores / CAREware/ Base de datos de Ryan White Parte B	Estudios comisionados	Informes de proveedores	Documentación Comité Multisectorial y Departamento de Salud	Documentación reuniones Cuerpos de Planificación / Estadísticas de la ASES
<b>Fuente</b>	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y División de Prevención, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y División de Prevención, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y División de Prevención, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y Programas Ryan White, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y Programas Ryan White, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y Programas Ryan White, Departamento de Salud	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y Programa Ryan White Parte B, Departamento de Salud, Sistemas de Cuidado Continuo	Estadísticas oficiales CoCs y Programas Ryan White , Vigilancia VIH/SIDA	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y Programa Ryan White Parte B, Departamento de Salud, Sistemas de Cuidado Continuo	Departamento de Salud, Programa Ryan White Parte B	Estadísticas oficiales, Oficina de Vigilancia y División de Prevención, Departamento de Salud	Departamento de Salud	Departamento de Salud, ASES
<b>Frecuencia de recopilación de datos</b>	Mensual	Mensual	Bi-Anual	Mensual	Bi-anual	Mensual	Mensual	Mensual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual
<b>Frecuencia de informes</b>	Trimestral	Trimestral	Bi-Anual	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral

### C. ESTRATEGIA PARA UTILIZAR LOS DATOS DE VIGILANCIA Y DATOS DE LOS PROGRAMAS PARA EVALUAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS EN LA SALUD A LO LARGO DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH

Para evaluar y mejorar los resultados en la salud que recoge el continuo de cuidado en la atención de VIH, el Departamento de Salud, utilizará la estructura desarrollada por la División de Prevención de ETS/VIH y el Programa Ryan White Parte B/ADAP, bajo la dirección de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados y la Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles. Esta evaluación se realizará mediante los datos recopilados a través del Sistema de Vigilancia de VIH y las bases de datos que utilizan los programas de prevención y tratamiento.

En el caso de la División de Prevención del VIH y ETS, esta cuenta con la Unidad de Monitoria, Evaluación y Aseguramiento de Calidad, la cual provee apoyo a todas las otras unidades vinculadas a la prevención del VIH y las ITS, y tiene la responsabilidad de implementar actividades de evaluación y aseguramiento de calidad. El equipo principal que compone esta Unidad, consta de tres evaluadores, quienes son responsables del desarrollo de los planes de evaluación en función de un proceso participativo con los grupos de interés (*stakeholders*).

Como parte de los procesos rutinarios para la implementación de los planes de evaluación y de aseguramiento de la calidad, este grupo se encarga de monitorear y analizar cualquier cambio en la epidemiología del VIH y su impacto en las actividades e intervenciones de prevención. Así, el monitoreo y evaluación de las actividades e intervenciones de prevención se realiza a la luz de los cambios observados en la epidemiología. La información que se recopila se analiza en función del comportamiento de la epidemia por área geográfica, las necesidades identificadas en esas áreas y los recursos, materiales y fondos disponibles para atenderlas. Este análisis se traduce, a su vez, en recomendaciones concretas relacionadas a los servicios de prevención.

Avanzando en el continuo de cuidado, el Programa Ryan White Parte B/ADAP implementará y evaluará el Plan Integrado a través de la Unidad de Planificación, Evaluación y Mejoramiento de Calidad. Esta Unidad, liderada por la Directora del Programa Ryan White Parte B/ADAP, es responsable de identificar estrategias y enfoques efectivos que provean información al Programa y a los administradores para desarrollar y/o modificar protocolos y procedimientos existentes. Además, lleva a cabo estudios y evaluaciones sobre diferentes áreas del servicio, revisa protocolos de trabajo y junto a las otras unidades del Programa busca desarrollar e implementar procedimientos que sirvan para mejorar los servicios de tratamiento y apoyo para atender las necesidades de la personas que viven con VIH. La Unidad está compuesta por una evaluadora, una analista de planificación, dos administradores de la base de datos del CAREWare y de otras bases de datos, dos recursos para la entrada de datos y un Oficial de Enlace con la Comunidad.

Entre los roles que asume la Unidad se encuentra la gerencia del Programa de Mejoramiento de Calidad; el Grupo de Planificación del Programa Parte B/ADAP; el Comité Interpartes de la Ley Ryan White en Puerto Rico; el sistema de recopilación y análisis de los servicios que se proveen a las personas viviendo con VIH (CareWare) en la red de servicios del Programa y las bases de datos generadas para recopilar información sobre enlace, re-enlace y retención en cuidado.

A través de proyectos como el Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP y el Programa de Mejoramiento de Calidad, se asegura que los temas prioritarios y necesidades identificadas en la prestación de servicios a las personas viviendo con VIH se discutan mediante un proceso de participación comunitaria. Ambos proyectos cuentan con la representación y participación activa de personas viviendo con VIH, la Academia y personas con peritaje en la prestación de servicios de salud, incluyendo sub-recipientes de los fondos de Ryan White Parte B/ADAP y a los recipientes de fondos de Ryan White Parte A, C,D y F, entre otros colaboradores.

Mediante la estructura del Grupo de Planificación de Ryan White Parte B/ADAP, representada en la Figura 46, se trabaja con la identificación de necesidades, análisis e implementación de estrategias que sean viables para atender los asuntos prioritarios. En la Figura 46, se refleja el ciclo de planificación que se establece anualmente y está guiado por el plan estratégico que se desarrolla basado en las necesidades de la jurisdicción (*Statewide Coordinated Statement of Need*).

**Figura 46: Estructura de Grupo de Planificación**

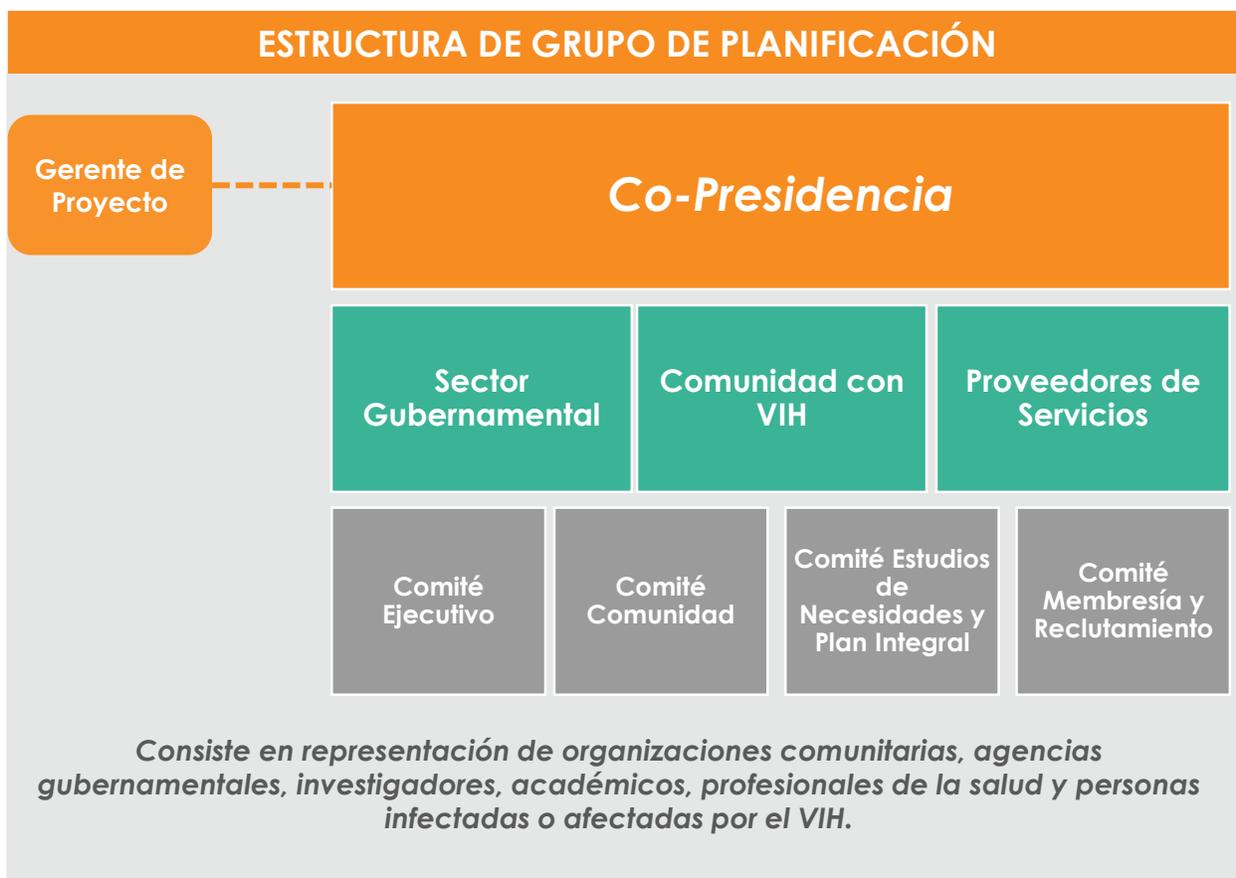
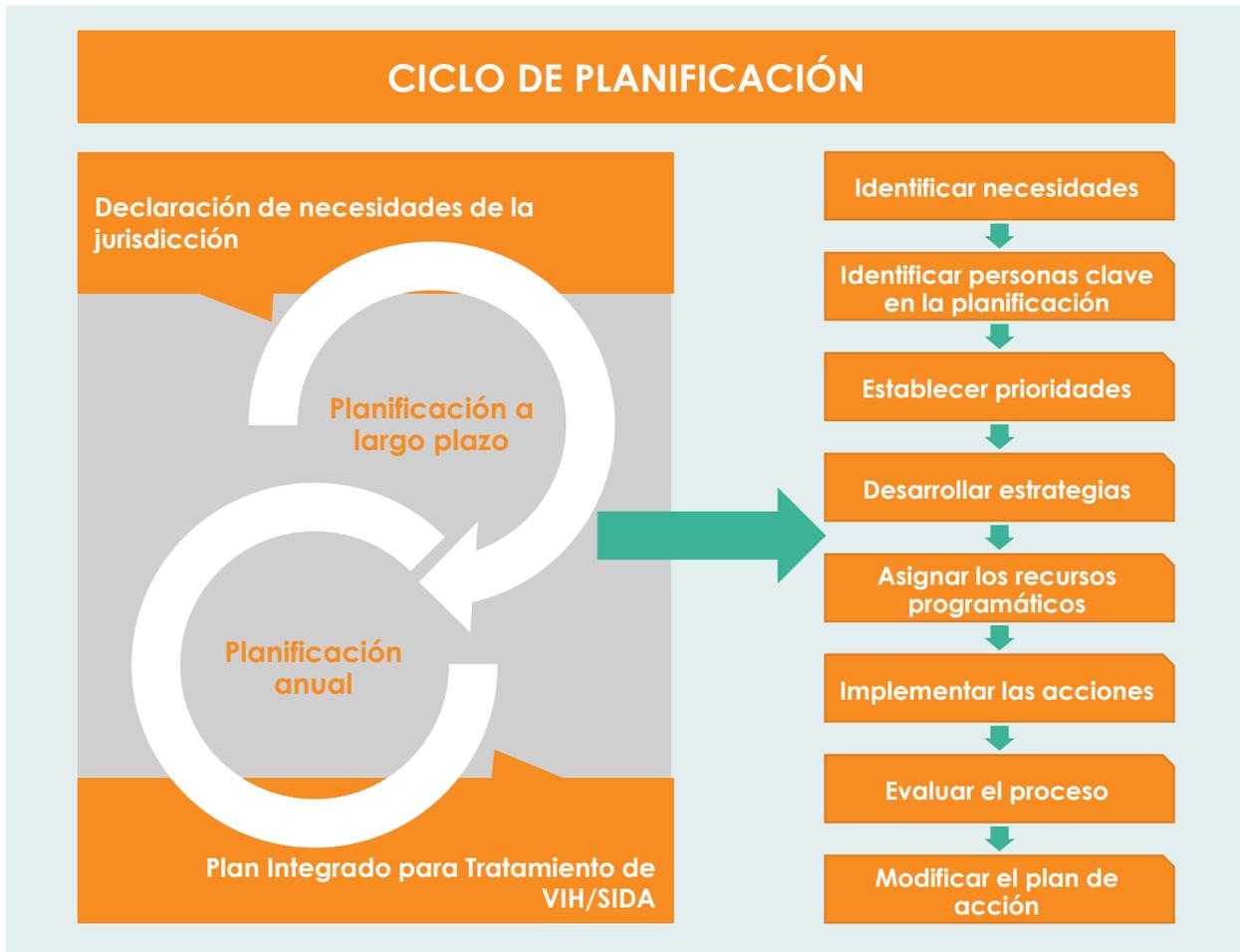
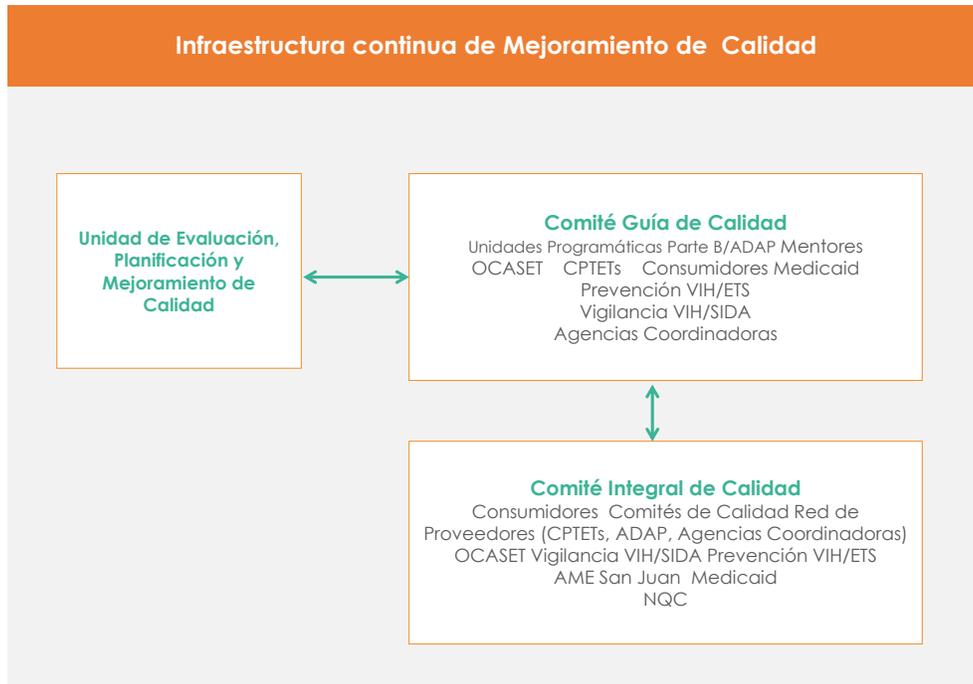


Figura 47: Ciclo de Planificación



Otro de los proyectos importantes que dirige esta unidad y que colaborará en la implementación del Plan Integrado es el Programa de Mejoramiento de Calidad Ryan White Parte B/ADAP. Este ha establecido una infraestructura fundamentada en tres componentes básicos, con roles y responsabilidades claramente definidos. Estos componentes incluyen, según se ilustra en el diagrama siguiente: la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad; el Comité Guía de Calidad; y el Comité Integral de Calidad. Su misión es "asegurar que los servicios clínicos y de apoyo provistos por las organizaciones subvencionadas por Ryan White en Puerto Rico sean accesibles y en acuerdo con los estándares de tratamiento más recientes", mientras que su visión divisa "agencias proveyendo servicios de calidad efectivos y eficientes, dirigidos a mejorar la salud y el estado de bienestar de todas las personas afectadas por el VIH".

**Figura 48: Componentes del Programa de Mejoramiento de Calidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP**



Dentro de esta estructura, el Comité Guía de Calidad, es la unidad responsable de la revisión y planificación de las actividades de mejoramiento de calidad. El comité se reúne mensualmente y está compuesto por 15 miembros, quienes en cada reunión revisan los datos que se derivan del CAREWare, los planes de trabajo para el mejoramiento y acciones específicas de la calidad en todos los niveles de servicios de la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

El tercer componente, el Comité Integral de Calidad, compuesto por representantes de todos los proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP, así como representación de la red externa que incluye las partes A, C, & D, se reúne trimestralmente para discutir la implementación del Programa de Mejoramiento de Calidad y proveer su insumo al respecto. Estos tienen la responsabilidad de implementar los planes de mejoramiento en cada una de sus entidades, a la vez que colaboran con el Comité Guía de Calidad. Durante las reuniones, así como mediante otros mecanismos de comunicación, el Comité Integral de Calidad sirve como canal para difundir información crítica relacionada a la dirección del Programa de Mejoramiento de Calidad. Todas las organizaciones que forman parte del Comité Integral de Calidad se les solicita alinear sus planes individuales de calidad con aquellos de la jurisdicción. El progreso con respecto al plan de la jurisdicción es revisado periódicamente por el Comité Guía, y los informes de progreso se hacen públicos durante las reuniones del Comité Integral de Calidad.

APÉNDICE A. CARTA DE CONCURRENCIA

## APÉNDICE B. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- | **Casos acumulados:** número total de casos diagnosticados y reportados de VIH/SIDA durante un periodo de tiempo específico. Incluye casos que han fallecido.
- | **Co-infección:** la co-existencia de una enfermedad o infección y la infección de VIH o SIDA.
- | **Cuidado médico primario del VIH:** evaluación médica inicial y cuidado de salud consistente con las guías de Salud Pública de E.U. para el tratamiento de VIH.
- | **Epidemiología:** el estudio de la frecuencia, distribución y determinantes de los estados o eventos de salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio para el control y prevención de los problemas de salud.
- | **Estado socioeconómico:** medida de los factores sociales y económicos que ayuda a la descripción de la posición de un individuo en la sociedad.
- | **Estimado:** cuando los datos disponibles no son precisos, se utiliza un estimado basado en la información disponible y cómo dicha información puede ser generalizada a poblaciones más grandes.
- | **Estratificación:** el análisis de la relación exposición-enfermedad en subgrupos de la población.
- | **Factores demográficos:** información de trasfondo sobre la población de interés.
- | **Incidencia acumulada:** número total de casos nuevos durante un periodo de tiempo específico entre el total de personas a riesgo durante el mismo periodo.
- | **Intervalo de confianza:** rango de valores que consideran el valor real a un nivel de certidumbre estadística. Por lo general se utiliza el intervalo de confianza al 95%.
- | **Mediana:** el valor medio de un conjunto de valores.
- | **Morbilidad:** la frecuencia de enfermedad en la población.
- | **Mortalidad:** número total de personas que han fallecido como consecuencia de la infección con VIH o SIDA.
- | **Necesidad de cuidado médico no cubierta:** la falta de evidencia de uno o más de los siguientes componentes: prueba de carga viral, monitoreo de células CD4 y/o terapia antiretroviral durante un periodo específico.
- | **Perfil epidemiológico:** documento que describe la epidemia de VIH y SIDA en varias poblaciones en términos de **persona** (características sociodemográficas, clínicas y de comportamiento, **lugar** (límites geográficos o políticos) y **tiempo** (año calendario, tendencias a través del tiempo).
- | **Prevalencia:** número total de personas afectadas presentes en la población en un periodo específico dividido por el número de personas presentes en la población durante el mismo periodo.
- | **Promedio:** la suma de todas las observaciones divididas por el número de observaciones.
- | **Proporción:** porción de la población o conjunto de datos.
- | **Rango:** diferencia entre la observación más grande y más pequeña de una muestra.
- | **Razón:** representación relativa del tamaño de dos números.
- | **Retraso en el reporte:** tiempo que transcurre entre el diagnóstico de infección con VIH o SIDA y el momento en que el reporte es recibido en el Departamento de Salud.

- | **SIDA:** condición que resulta de la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), caracterizada por la presencia de infecciones oportunistas que por lo general no afectan a personas con el sistema inmunológico saludable.
- | **Tasa:** medida de frecuencia de un evento o una enfermedad comparada con el número de personas a riesgo del evento o enfermedad.
- | **Tendencia:** un cambio en la frecuencia a largo plazo, usualmente ascendente, descendente o estable.
- | **Vigilancia de VIH/SIDA:** la recopilación, análisis e interpretación de forma sistemática y constante de los datos de SIDA para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de las estrategias de prevención y cuidado de salud.

## APÉNDICE C. LISTA DE REFERENCIAS REVISADAS PARA EL AVALÚO DE NECESIDADES

- Coming Out to Health Care Providers in Puerto Rico: Opportunities for Prevention, Linkage and Engagement in Care (2015), Miranda, Ríos, Díaz, Torres, Ávila, Rolón & Colón.
- Continuo de la Atención del VIH Puerto Rico: 2010, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud
- Continuo de la Atención del VIH Puerto Rico: 2012, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud
- Continuo de la Atención del VIH, 2010 – 2013, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud
- Datos epidemiológicos de Clamidia, Gonorrea y Sífilis, Puerto Rico (2014), Sistema de Vigilancia de ITS, Programa de Vigilancia VIH/SIDA/ITS/VHC/TB, Departamento de Salud de Puerto Rico
- Diagnoses of HIV Infection in the United States and Dependent Areas, (2014), CDC.
- Directorio de servicios de prevención y tratamiento (2014), Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Encuesta de Satisfacción Ryan White Parte B (s.f), Programa Ryan White, Parte B.
- Estudio de necesidades de Prevención y Tratamiento del VIH y ETS (2014), Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Estudio de Necesidades y Satisfacción con los Servicios VIH/SIDA (2010), Programa Ryan White Parte B.
- Evaluación de las Campañas Relacionadas a la Prevención del VIH y la Distribución Estructurada de Condones, 2015, Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Evaluación de preparación ("Readiness Assessment") para la intervención de PrEP en Puerto Rico, (2015). Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Estudio sobre las conductas de riesgo entre el grupo de hombres entre las edades de 13 y 24 años que tienen sexo con hombres (2015), Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Evaluación de Satisfacción de la Calidad de los Condones provistos como parte de la Estrategia de Distribución de Condones (2015), Departamento de Salud.
- Late Diagnosis of HIV Infection in Metropolitan Areas of the United States and Puerto Rico (2015). Hall HI, Tan T y Espinoza L.
- Informe Estudio de Necesidades a Personas que viven con VIH Ryan White Parte B (2013), Programa Ryan White Parte B.
- Informe resultados encuesta de Satisfacción Servicios a pacientes VIH Ryan White Parte B (2012), Programa Ryan White Parte B.

Informe Semestral de la Vigilancia del VIH en Puerto Rico (Abril, 2015), Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología

Part B/ADAP: HIV Continuum of CARE Number of PLWH Enrolled in Part B/ADAP Care January-December 2014

Perfil de los programas de Intercambio de Jeringuillas en Puerto Rico (2014). Cusman Vega, Intercambios Puerto Rico & Torres Cardona, Iniciativa Comunitaria, para el Grupo de Planificación para la Prevención del VIH.

Perfil Epidemiológico Integrado para la Prevención del VIH en Puerto Rico: 2007 – 2013, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud

Prevalence of diagnosed HIV infection, 2012 -2014, Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud

Resultados del Cuestionarios a Proveedores de Servicios: Retención y búsqueda a cuidado de personas que viven con VIH (s.f.), Grupo de Planificación Ryan White Parte B.

Sistema de Pruebas Rutina VIH: Evaluación del Proyecto (2014), Health Track para el Departamento de Salud.

Understanding differences in HIV/HCV prevalence according to differentiated risk behaviors in a sample of PWID in rural Puerto Rico (2016). Abadie, Welch-Lazoritz, Gelpi-Acosta, Reyes & Dombrowski.

Addressing the HIV/AIDS Epidemic Among Puerto Rican People Who Inject Drugs: The Need for a Multiregion Approach (2014), Deren, Gelpí, Albizu, González, Des Jarlais & Santiago.

APÉNDICE D. TABLAS ADICIONALES

Necesidades de prevención conforme a investigaciones previas	Meta 1	Meta 2	Meta 3	Meta 4
	Reducir el número de nuevas infecciones de VIH	Aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados médicos de las PVVIH	Reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH	Lograr una respuesta nacional más coordinada
1 Acceso a condones, en especial a grupos en riesgo	x		x	
2 Acceso e intercambio de información sobre ETS para procesos de toma de decisiones y planificación	x		x	x
3 Acceso e intercambio de información sobre VIH para procesos de toma de decisiones y planificación	x		x	x
4 Aumento y diversificación de escenarios de pruebas de VIH	x	x	x	
5 Aumento y diversificación de los lugares de pruebas de ITS		x	x	
6 Campañas educativas sobre educación y prevención del VIH, enfocados por grupos de riesgo	x			
7 Disponibilidad y acceso a programas de intercambio de jeringuillas	x			
8 Disponibilidad y acceso a programas de tratamiento para el abuso de sustancias		x	x	
9 Distribución y acceso a condones	x			
10 Divulgación y educación a proveedores y grupos en riesgo sobre nuevas estrategias de prevención (PrEP)	x	x		
11 Educación sexual temprana y con perspectiva de género.	x		x	
12 Educación sobre prácticas sexuales seguras, uso correcto del condón y otros métodos de protección	x			
13 Estrategias de prevención con personas VIH positivas	x	x		
14 Limitaciones de acceso a pruebas de ITS, en particular para personas cubiertas por el plan de salud gubernamental		x	x	x
15 Política pública dirigida a mejorar servicios para personas usuarias de drogas inyectables (uso correcto de parafernalia y más servicios de intercambio de jeringuillas, entre otras).		x	x	x
16 Política pública para la educación sexual con perspectiva de género	x		x	x

Necesidades de tratamiento conforme a investigaciones previas	Meta 1	Meta 2	Meta 3	Meta 4
	Reducir el número de nuevas infecciones de VIH	Aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados médicos de las PVVIH	Reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH	Lograr una respuesta nacional más coordinada
Acceso a Medicamentos	x	x	x	
Acceso a médicos, enfermería y laboratorios	x	x	x	
Acceso a médicos especialistas (ginecólogo, urólogo, neurólogo, oncólogo y gastroenterólogo, entre otros)	x	x	x	
Consejería en adherencia (asistencia profesional para ayudarle a recordar cuándo tomar los medicamentos, asistir a las citas médicas y realizar sus laboratorios, entre otros)	x	x	x	
Retención de tratamiento	x	x	x	
Enlace a tratamiento	x	x	x	
Asistencia económica de emergencia para pago de utilidades		x	x	x
Vivienda		x	x	x
Hospicio		x	x	x
Servicios de alimentación y nutrición a domicilio		x	x	
Asistencia económica para vales de alimentos		x	x	
Equipo médico		x	x	
Cuidado de salud en el hogar		x	x	
Suplementos nutricionales		x	x	
Transportación a citas médicas		x	x	
Servicios vinculados a Visión (por ejemplo, pago de espejuelos)		x	x	
Servicios de Cuidado Dental		x	x	
Servicios de salud mental (Cobertura y acceso a psicólogos, psiquiatras, coordinación para tratamiento de drogas y alcohol)		x	x	x
Tratamiento para abuso de sustancias		x	x	x
Acceso a información (orientación sobre los servicios disponibles para su condición y cómo obtener los servicios)	x	x	x	x
Nivel de conocimiento sobre procedimiento para radicación de querellas y expresar recomendaciones.		x	x	x
Coordinación y comunicación entre profesionales de la salud		x		x
Servicios de manejo de casos		x		x

**BARRERAS IDENTIFICADAS PARA ATENDER LAS NECESIDADES PRIORITARIAS RELACIONADAS A PREVENCIÓN**

Barreras	Acceso e intercambio de información sobre VIH para procesos de toma de decisiones y planificación	Acceso e intercambio de información sobre ITS para procesos de toma de decisiones y planificación	Política pública para la educación sexual con perspectiva de género	Disponibilidad y acceso a programas de intercambio de jeringuillas	Educación sexual temprana y con perspectiva de género.	Divulgación y educación a proveedores y grupos en riesgo sobre nuevas estrategias de prevención (PrEP Y PEP)	Estrategias de prevención con personas VIH positivas	Educación sobre prácticas sexuales seguras, uso correcto del condón y otros métodos de protección	Aumento y diversificación de escenarios de pruebas de VIH	Distribución y acceso a condones, en especial a grupos en riesgo	Campañas educativas sobre educación y prevención del VIH, ITS y Hepatitis C enfocados por personas con conductas de alto riesgo
<b>Sociales</b>	1) Estigma (religioso y/o cultural)	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Pobreza	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) El rol activo de grupos religiosos fundamentalista 3) falta de recursos presupuestarios 4) desconocimiento	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Costos del Programa 3) Barreras legales y/o operacionales	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) El rol activo de grupos religiosos fundamentalistas	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Nivel Educativo 3) Costos médicos altos en relación a ingreso	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Pobreza	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Nivel Educativo	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Pobreza	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Nivel Educativo 3) Pobreza	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Nivel Educativo 3) Clase Social, género 4) Nivel Educativo
<b>Federales, estatales o municipales</b>	1) Insuficiencia de fondos 2)Regulación y Política Pública	1) Insuficiencia de fondos 2) Cobertura limitada del plan médico	1) Insuficiencia de fondos 2)Política Pública y limitaciones ideológicas 3) Cobertura limitada del plan médico	1) Insuficiencia de fondos 2) Obstrucción legal o de política pública 3) Limitaciones en el plan médico	1) Insuficiencia de fondos 2) Limitaciones Organizacionales y de política pública 3) Cobertura limitada del plan médico 4) Capacidad del personal	1) Limitaciones en el plan médico 2) Insuficiencia de fondos 3) Falta de Educación y Estigmas	1) Insuficiencia de fondos 2)Cobertura limitada del plan médico	1) Política Pública 2) Insuficiencia de fondos 3) Falta de alcance a población joven 4) Limitaciones por parte del sistema de instrucción pública	1) Limitaciones por parte del sistema de instrucción pública 2) Insuficiencia de fondos 3) Regulaciones y ordenanzas municipales 4) Carencia de plan médico	1) Insuficiencia de fondos 2) Limitaciones por parte del sistema de instrucción pública 3) Políticas públicas 4) Carencias en el plan médico	1) Insuficiencia de fondos 2) Acceso Limitado a Educación Pública 3) Limitaciones organizacionales 4) Carencias en el plan médico 5) Leyes administrativas

<b>Vinculadas al ente administrativo</b>	1) Prácticas educativas, Capacidad Organizativa e Infraestructura 2) Manejo de datos 3) Burocracia y Procesos Administrativos	1) Capacidad del personal 2) Manejo de Datos 3) Burocracia	1)Burocracia y procesos administrativos 2) Fondos limitados 3) Límites en el plan médico	1) Fondos limitados 2) Burocracia y procesos administrativos 3) límites en personal 4) Planes médicos	1) Prácticas educativas, Capacidad Organizativa e Infraestructura 2) Burocracia y Procesos Administrativos 3) Insuficiencia de fondos 4) Límites en el plan médico	1) Burocracia y procesos administrativos 2) Límites en personal 3) Límites en Planes médicos 4) Estigma Social	1)Burocracia y procesos administrativos 2) Fondos limitados 3) Capacidad del personal	1) Burocracia y procesos administrativos 2) Fondos limitados 3) Límites en personal y prejuicios por parte de funcionarios 4) Proceso de reembolsos 5) Planes médicos	1) Burocracia y procesos administrativos 2) Fondos limitados 3) Planes médicos 4) Proceso de reembolsos	1) Burocracia y procesos administrativos 2) Fondos limitados	1) Ineficiencia burocrática 2) Insuficiencia de fondos 3) Ciclo eleccionario 4) Capacidad del personal
<b>Programas</b>	1) Insuficiencia de fondos 2) Información limitada 3) Infraestructura	1)Insuficiencia de fondos 2) Límites en personal	1) Insuficiencia de fondos 2) límites en personal 3) Enfoque errado del programa	1) Insuficiencia de fondos 2) limitaciones geográficas - enfoque en el área metro 3) Límites en personal 4) Enfoque errado de la campaña	1) Insuficiencia de fondos 2) Infraestructura 3) Capacidad del personal 4) Cobertura de plan médico limitada 5) Sistemas de información	1) Insuficiencia de Fondos 2) Falta de Información 3) Enfoque de Programas	1) insuficiencia de fondos 2) Infraestructura y servicios integrados 3) Personal con capacidad limitada	1) Insuficiencia de fondos 2) Enfoque de Campañas e infraestructura 3)Información limitada 4) Acceso a Transportación	1) Insuficiencia de fondos y ausencia de recursos 2) Disponibilidad, ubicación e infraestructura 3) Campañas con enfoque errado	1) Insuficiencia de fondos y ausencia de recursos 2) Campañas con enfoque errado 3) Estigma establecido por la política pública	1) Insuficiencia de fondos 2) Disponibilidad y manejo de información 3) Campañas que no se diseñan para las poblaciones adecuadas
<b>Proveedores de Servicios</b>	1) Falta de Recursos	1) Falta de personal y especialistas 2) Falta de información y educación 3) Falta de recursos	1) Falta de personal especializado 2) Falta de Recursos	1) Falta de recursos 2) Falta de especialistas 3) Pocos proveedores capacitados 4) Falta de información	1)Falta de personal y especialistas 2) Estigmas culturales y/o religiosos 3) falta de educación	1) Falta de recursos 2) falta de educación y de conocimiento científico 3) Personal con poca capacidad 4) Acceso limitado	1)Falta de recursos 2) falta de Educación 3) Poca información	1) Estigma cultural y/o religioso 2) Falta de recursos 3) Capacidad del personal 4) Métodos de alcance a la población	1) Falta de recursos 2) Personal poco capacitado 3) Acceso limitado en ciertas regiones	1) Falta de recursos 2) insuficiencia de fondos 3) Personal limitado 4) Programas no integrados	1) Falta de Recursos 2) Personal limitado 3) Estigmas 4) Campañas educativas con enfoque errado o poco contenido
<b>Vinculadas a los beneficiarios</b>	1) falta de información 2) transportación limitada	1) Bajo nivel de Conocimiento 2) Pobreza 3) Estigma	1) Falta de información 2) Deambulancia 3) Tranportación limitada	1) Acceso limitado en ciertas ubicaciones geográficas 2) Desconocimiento 3)Estatus penal y pobreza	1) Estigma (religioso y/o cultural) 2) Pobreza	1) Deficiencia de cobertura médica 2) Deambulancia 3) Pobreza 4) Falta de Información	1) Estigma 2) Falta de información 3) Estigma 4) Transportación	1)Acceso y destrezas limitadas 2) Pobreza 3) Estigmas	1)Transportación 2)Accesibilidad 3) Pobreza 4) Estigma	1) Estigma 2) Desconocimiento 3) Pobreza 4)Transportación	1) Falta de datos 2) Pobreza y deambulancia 3) Falta de acceso 4) desconomiento de derechos 5) estigmas sociales

**BARRERAS IDENTIFICADAS PARA ATENDER LAS NECESIDADES PRIORITARIAS RELACIONADAS A TRATAMIENTO**

Barreras	Enlace a tratamiento	Transportación a citas médicas	Acceso a médicos, enfermería y laboratorios	Retención en tratamiento	Acceso a Medicamentos	Servicios de salud mental (Cobertura y acceso a psicólogos, psiquiatras, coordinación para tratamiento de drogas y alcohol)	Vivienda	Consejería en adherencia (asistencia profesional para ayudarle a recordar cuándo tomar los medicamentos, asistir a las citas médicas y realizar sus laboratorios, entre otros)	Acceso a médicos especialistas (ginecólogo, urólogo, neurólogo, oncólogo y gastroenterólogo, entre otros)	Servicios de manejo de casos	Desarrollo de política pública para hacer compulsoria la educación sobre VIH a profesionales de la salud
<b>Sociales</b>	1) Estigma 2) Pobreza 3) Aceptación 4) Problemas familiares	1) Pobreza 2) Estigma	1) Estigma 2) Pobreza 3) Acceso a transportación	1) Pobreza 2) Falta de educación y conocimiento 3) Falta de apoyo familiar	1) Pobreza 2) Estigma y discrimin 3)	1) Estigma cultural 2) Pobreza 3) Apoyo familiar	1) Pobreza 2) Estigma Cultural	1) Estigma 2) Pobreza 3) Salud Mental	1) Estigma cultural 2) Pobreza 3) Problemas para transexuales	1) Estigma cultural 2) Pobreza	1) Estigmas y prejuicios
<b>Federales, estatales o municipales</b>	1) Insuficiencia de Fondos 2) Deficiencias en la cobertura de plan médico 3) Problemas con la política pública 4) Limitaciones geográficas	1) Insuficiencia de Fondos 2) Deficiencias en la cobertura de plan médico 3) Sistema de transportación limitado	1) Deficiencia en plan médico 2) Insuficiencia de fondos 3) Diseño ineficaz e innecesidad a servicios	1) Insuficiencia de Fondos 2) Deficiencias en la cobertura de plan médico	1) Deficiencia en plan médico 2) Escasez de medicamentos 3) Limitaciones en el acceso	1) Insuficiencia de Fondos 2) Deficiencias en la cobertura de plan médico 3) No se le da el énfasis necesario al tratamiento	1) Falta de fondos 2) Proceso de elegibilidad 3) Estigma	1) Cubierta insuficiente de plan médico 2) Insuficiencia de fondos	1) Cubierta insuficiente de plan médico 2) Insuficiencia de fondos	1) Fondos limitados	1) Regulaciones, Burocracia 2) filosofía de tratamiento 3) Insuficiencia de Fondos
<b>Vinculadas al ente administrativo</b>	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Requisitos 3) Limitaciones geográficas	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Insuficiencia de Fondos 3) Red de transporte pública insuficiente	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Cambio de gobierno	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Personal Limitado 3) Limitaciones Económicas	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Planes médicos	1) Falta de fondos 2) Falta de personal 3) No se ve como prioridad	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Falta de fondos	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Falta de fondos 3) Falta de personal capacitado	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Programas deficientes 3) Falta de entrenamiento especializado	1) Falta de personal capacitado	1) Burocracia y proceso administrativo 2) Personal limitado 3) Falta de Recursos
<b>Programas</b>	1) Falta de fondos 2) Información limitada 3) Infraestructura deficiente para la provisión de servicios	1) Falta de Fondos 2) Limitaciones en Infraestructura 3) Falta de integración a nivel municipal	1) Disponibilidad de fondos 2) Acceso limitado 3) Personal limitado	1) Insuficiencia de fondos 2) Personal médico limitado 3) Falta de flexibilidad en el horario 4) Infraestructura deficiente para la provisión de	1) Falta de fondos 2) Acceso a medicamentos limitado 3) Infraestructura deficiente	1) Insuficiencia de Fondos 2) Poco personal especializado 3) Infraestructura deficiente para la provisión de servicios 4) No hay programas	1) Insuficiencia de fondos 2) Límites en infraestructura y programas de vivienda	1) Insuficiencia de fondos 2) Falta de protocolos y personal especializado	1) Insuficiencia de fondos 2) Problemas con plan médico 3) Información limitada	1) Insuficiencia de fondos 2) Pocos programas de esta índole	1) Insuficiencia de Fondos 2) No hay apoyo gubernamental

				servicios		con el enfoque necesario					
<b>Proveedores de Servicios</b>	1) Falta de personal especializado 2) Falta de Recursos	1) Falta de recursos 2) Limites en el sistema de transportación 3) Personal especializado limitado	1) falta de personal especializado 2) acceso limitado en especial áreas rurales	1) falta de personal especializado 2) Recursos limitados	1) Falta de personal especializado 2) Falta de recursos 3) Poco acceso a farmacias	1) Recursos limitados 1) Poco personal especializado	1) Falta de recursos 2) Falta de información	1) Falta de recursos y disponibilidad 2) Limites en el acceso 3) Plan médico	1) Falta de personal especializado 2) limites en transportación 3) Recursos limitados	N/A	1) Falta de información y educación 2) Estigma social y Falta de sensibilidad
<b>Vinculadas a los beneficiarios</b>	1) Transportación limitada 2) Pobreza 3) Personal especializado limitado 4) Vivienda inestable y deambulancia	1) Pobreza 2) Transportación limitada 3) Estigmas	1) Transportación limitada 2) Falta de conocimiento	1) Transportación limitada 2) Vivienda inestable y deambulancia 3) Pobreza	1) Transportación limitada 2) Pobreza 3) Vivienda inestable y deambulancia	1) Transportación Limitada 2) Estigma Social 3) Pobreza	1) Vivienda inestable y deambulancia 2) Pobreza	1) Vivienda inestable y deambulancia 2) Estigma Social 3) Pobreza	1) Transportación limitada 2) Pobreza 3) Estigma social 4) Falta de programas integrados	1) Transportación 2) No le ven utilidad al programa	1) Pobreza y Salud Mental

