

# PUERTO RICO



PLAN INTEGRADO PARA LA VIGILANCIA,  
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH

**2022-2026**



DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**





El *Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico, 2022-2026* fue coordinado por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y se realizó gracias a la colaboración de un grupo multisectorial, diverso, compuesto por representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, proveedores de servicios de prevención y tratamiento, agencias gubernamentales y la Academia.

# CONTENIDO

SECCIÓN I: RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN Y DEL PLANTEAMIENTO DE NECESIDAD .....	1
1. Resumen ejecutivo del Plan Integrado y planteamiento de necesidades .....	1
A. Acercamiento.....	2
B. Documentos sometidos para cumplir con los requisitos de planificación integrada .....	3
SECCIÓN II: INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN .....	3
1. Proceso de planificación de la jurisdicción .....	3
A. Entidades involucradas en el proceso .....	6
B. Papel del concejo de Ryan White parte a.....	8
C. Papel de los cuerpos de planificación y otras entidades .....	9
D. Colaboración con las partes del programa Ryan White – requisito de planteamiento de necesidades coordinada a nivel estatal.....	9
E. Integración con personas con un diagnóstico positivo al VIH – requisito de planteamiento de necesidades coordinada a nivel estatal.....	10
F. Prioridades .....	10
G. Actualizaciones de otros planes estratégicos utilizados para cumplir con los requisitos del Plan Integrado .....	11
SECCIÓN III: CONTRIBUCIÓN DE CONJUNTOS DE DATOS Y EVALUACIONES .....	11
1. Intercambio y uso de datos.....	11
2. Perfil epidemiológico.....	12
3. Inventario de recursos para la prevención y cuidado del VIH.....	32
A. Fortalezas y brechas.....	49
B. Acercamientos y colaboradores.....	50
4. Avalúo de necesidades.....	50
A. Servicios que necesitan las personas para acceder las pruebas de VIH y seguir un estatus neutral en los servicios .....	50
B. Servicios que necesitan las personas con diagnóstico positivo al VIH para permanecer en el cuidado y tratamiento del VIH y lograr la supresión viral .....	51
C. Barreras para acceder a las pruebas de VIH existentes, incluidas las leyes y reglamentos estatales, los servicios de prevención del VIH y los servicios de atención y tratamiento del VIH .....	62
D. Prioridades.....	62
E. Acciones tomadas .....	63
F. Acercamiento para la identificación de las necesidades .....	64
SECCIÓN IV: ANÁLISIS SITUACIONAL.....	65
1. Análisis situacional .....	65
A. Diagnóstico y prevención .....	65
B. Tratamiento .....	70
C. Respuesta .....	73
D. Poblaciones prioritarias .....	73
SECCIÓN V: METAS Y OBJETIVOS 2022-2026 .....	74
1. Descripción de metas y objetivos.....	75
A. Prevención: .....	76
B. Diagnóstico .....	80
C. Tratamiento .....	83
D. Respuesta .....	91
SECCIÓN VI: IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INTEGRADA 2022-2026, MONITOREO Y SEGUIMIENTO JURISDICCIONAL .....	94
1. Acercamiento hacia la implementación del Plan 2022-2026 .....	94
A. Implementación .....	94
B. Monitoreo .....	94
C. Evaluación y mejoramiento .....	95
D. Presentación de informes y diseminación .....	97
SECCIÓN VII: CARTAS DE CONCURRENCIA .....	98
REFERENCIAS EXAMINADAS PARA EFECTOS DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PLANIFICACIÓN .....	100

## LISTA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN .....	2
ILUSTRACIÓN 2: ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN .....	2
ILUSTRACIÓN 3: ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN .....	4
ILUSTRACIÓN 4: TALLERES DE CONSULTA LLEVADOS A CABO.....	5
ILUSTRACIÓN 5: REPRESENTACIÓN POR SECTORES DE LAS PERSONAS QUE PARTICIPARON DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN INTEGRADA ..	7
ILUSTRACIÓN 6: ENTIDADES Y ACTORES CON REPRESENTACIÓN EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN .....	8
ILUSTRACIÓN 7: REGIONES DE SALUD EPIDEMIOLÓGICAS DE PUERTO RICO, 2021 .....	12
ILUSTRACIÓN 8: DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS NUEVOS, POR SEXO AL NACER, PR 2021 .....	14
ILUSTRACIÓN 9: NECESIDAD NO CUBIERTA POR REGIÓN DE SALUD, 2020.....	25
ILUSTRACIÓN 10: AME SAN JUAN .....	28
ILUSTRACIÓN 11: ORGANIZACIONES QUE PROVEEN SERVICIOS VINCULADOS AL VIH EN PUERTO RICO .....	34
ILUSTRACIÓN 12: PRINCIPIOS RECTORES DEL PLAN .....	63
ILUSTRACIÓN 13: PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES .....	64
ILUSTRACIÓN 14: EXTRACTOS DE CAMPAÑAS PUBLICITARIAS .....	68
ILUSTRACIÓN 15: BRECHAS EN EL SISTEMA DE SERVICIOS: PERCEPCIÓN SOBRE LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS .....	70
ILUSTRACIÓN 16: PERCEPCIÓN SOBRE EL NIVEL DE AVANCE EN EL TRATAMIENTO DEL VIH EN PUERTO RICO.....	71
ILUSTRACIÓN 17: POBLACIONES PRIORITARIAS .....	74
ILUSTRACIÓN 18: COMPONENTES DEL PLAN .....	74
ILUSTRACIÓN 19: METAS Y OBJETIVOS DEL PLAN .....	75
ILUSTRACIÓN 20: RESULTADOS ESPERADOS .....	75

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR REGIONES DE SALUD EPIDEMIOLÓGICAS DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥ 13 AÑOS, PR 2021 .....	16
TABLA 2: PREVALENCIA DE VIH POR REGIONES DE SALUD EN PR, 2021 .....	20
TABLA 3: NECESIDADES DE CUIDADO MÉDICO NO CUBIERTAS DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH EN PUERTO RICO, 2020 .....	22
TABLA 4: ANÁLISIS POBLACIONAL – PUERTO RICO, 2022 .....	24
TABLA 5: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE LA POBLACIÓN DE HSH, PARA EL QUINTO CICLO DE NHBS, 2017 .....	29
TABLA 6: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS EN PID PARA EL QUINTO CICLO DE NHBS, PR 2018 .....	30
TABLA 7: TIPO DE DROGA INYECTABLE UTILIZADA EN PID DURANTE LOS PASADOS 12 MESES, PARA EL QUINTO CICLO DE NHBS, PR 2018 .....	31
TABLA 8: TIPO DE DROGA INYECTABLE UTILIZADA DIARIAMENTE EN PID, DURANTE LOS PASADOS 12 MESES, PARA EL QUINTO CICLO DE NHBS, PR 2018.....	32
TABLA 9: PERFIL DEMOGRÁFICO .....	52
TABLA 10: SERVICIOS CLÍNICOS QUE HAN NECESITADO O SOLICITADO DURANTE LOS PASADOS SEIS MESES PARA EL TRATAMIENTO DE SU DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH .....	56
TABLA 11: MODO EN QUE EVALÚAN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS.....	57
TABLA 12: SERVICIOS DE APOYO QUE HA NECESITADO O SOLICITADO DURANTE LOS PASADOS SEIS MESES PARA EL TRATAMIENTO DE SU DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH .....	58
TABLA 13: CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO QUE RECIBIÓ .....	59
TABLA 14: PRUEBAS REALIZADAS POR REGIÓN .....	67
TABLA 15: PERCEPCIÓN SOBRE LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS .....	72
TABLA 16: PERCEPCIÓN SOBRE LA DISPONIBILIDAD, ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE APOYO .....	73

## LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1: CAMBIO POBLACIONAL EN PUERTO RICO 2000-2020 .....	13
GRÁFICA 2: POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO AL NACER .....	13
GRÁFICA 3: TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, PR 2021 .....	14

GRÁFICA 4: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR MODO DE EXPOSICIÓN EN ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥ 13 AÑOS, PUERTO RICO, 2021 .....	15
GRÁFICA 5: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR MODO DE TRANSMISIÓN Y EDAD DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PUERTO RICO, 2021 .....	15
GRÁFICA 6: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR CATEGORÍA DE PROGRESIÓN DEL VIH Y MODO DE TRANSMISIÓN DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PR 2021 .....	15
GRÁFICA 7: TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR SEXO, PR 2016 – 2021 .....	16
GRÁFICA 8: NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR GRUPO DE EDAD, PR 2016 – 2021 .....	17
GRÁFICA 9: TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR GRUPO DE EDAD, PR 2016 – 2021 .....	17
GRÁFICA 10: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥13 AÑOS DIAGNOSTICADOS CON EL VIH POR MODO DE TRANSMISIÓN, PR 2016-2021 .....	18
GRÁFICA 11: DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR EDAD Y MODO DE TRANSMISIÓN Y SEXO AL NACER, PR 2016 – 2021 .....	18
GRÁFICA 12: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH, POR CATEGORÍA DE PROGRESIÓN DEL VIH Y MODO DE TRANSMISIÓN DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PR 2016 – 2021 .....	19
GRÁFICA 13: DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR REGIÓN DE RESIDENCIA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO, PR 2016 – 2021 ....	19
GRÁFICA 14: NÚMERO DE PERSONAS ENLAZADAS A CUIDADO MÉDICO DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS, LUEGO DEL DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH, PR 2016 – 2021 .....	20
GRÁFICA 15: ENLACE A CUIDADO MÉDICO DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON EL VIH DURANTE EL PRIMER MES LUEGO DEL DIAGNÓSTICO, POR MODO DE TRANSMISIÓN Y SEXO, PR, 2021 .....	21
GRÁFICA 16: CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH EN PR, 2020.....	21
GRÁFICA 17: ESTIMADOS DE INCIDENCIA DE VIH DE ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥13 AÑOS, PR 2016 – 2020 .....	25
GRÁFICA 18: ESTIMADOS DE INCIDENCIA DE VIH DE ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥13 AÑOS, POR SEXO AL NACER, EDAD Y MODO DE TRANSMISIÓN, PR, 2016 – 2020.....	26
GRÁFICA 19: ESTIMADOS DE PREVALENCIA DE VIH Y PORCIENTO DE PERSONAS QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO, PR 2016 – 2020 .....	26
GRÁFICA 20: ESTIMADOS DE PREVALENCIA DE VIH Y PORCIENTO DE PERSONAS QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO, POR SEXO AL NACER, EDAD Y MODO DE TRANSMISIÓN, PR 2020.....	27
GRÁFICA 21: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON EL VIH EN PR, 2019 .....	27
GRÁFICA 22: CENTROS POR TIPO DE SERVICIOS Y ÁREA GEOGRÁFICA DE UBICACIÓN .....	34
GRÁFICA 23: POR CIENTO DE ENTIDADES QUE INDICARON PROVEER SERVICIOS POR TIPO DE POBLACIÓN .....	35
GRÁFICA 24: RECURSOS HUMANOS CON LOS QUE CUENTAN PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS .....	36
GRÁFICA 25: SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN QUE PROVEEN LOS CENTROS IDENTIFICADOS.....	37
GRÁFICA 26: SERVICIOS DE TRATAMIENTO QUE PROVEEN LOS CENTROS IDENTIFICADOS.....	38
GRÁFICA 27: NIVEL DE IMPORTANCIA DE LOS DISTINTOS SERVICIOS VINCULADOS A LA PREVENCIÓN DEL VIH .....	51
GRÁFICA 28: VIVIENDA .....	53
GRÁFICA 29: MODO DE TRANSMISIÓN DEL VIH .....	53
GRÁFICA 30: DESDE QUE RECIBIÓ EL DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH, ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS VISITÓ POR PRIMERA VEZ A UN MÉDICO, ENFERMERO/A U OTRO PERSONAL DE LA SALUD EN BUSCA DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL VIH? .....	54
GRÁFICA 31: MODO EN QUE CONOCIÓ O RECIBIÓ INFORMACIÓN INICIALMENTE SOBRE LOS SERVICIOS QUE ESTÁN DISPONIBLES PARA LAS PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH EN SU MUNICIPIO O REGIÓN .....	54
GRÁFICA 32: MODO EN QUE DESCRIBEN SU CONDICIÓN DE SALUD ACTUALMENTE.....	55
GRÁFICA 33: DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SI ALGUNA HA EXPERIMENTADO AL ACCEDER SERVICIOS CLÍNICOS Y DE APOYO PARA ATENDER SU DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH? .....	55
GRÁFICA 34: PERSONAS QUE RECIBIERON LOS SERVICIOS QUE NECESITARON EN LOS PASADOS SEIS MESES.....	57
GRÁFICA 35: POR CIENTO DE PERSONAS QUE RECIBIERON LOS SERVICIOS DE APOYO QUE NECESITARON DURANTE LOS PASADOS SEIS MESES .....	58
GRÁFICA 36: OTRAS CONDICIONES QUE LES HAN SIDO DIAGNOSTICADAS.....	60
GRÁFICA 37: PERSONAS QUE HAN NECESITADO TRATAMIENTO O MEDICAMENTOS PARA ESAS OTRAS CONDICIONES .....	60
GRÁFICA 38: PERSONAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ACTUALMENTE PARA ESAS OTRAS CONDICIONES.....	61
GRÁFICA 39: PRUEBAS REALIZADAS DE VIH EN PUERTO RICO POR AÑO.....	65
GRÁFICA 40: PRUEBAS REALIZADAS POR ESCENARIO.....	66
GRÁFICA 41: DISTRIBUCIÓN DE PRUEBAS REALIZADAS POR GÉNERO Y EDAD .....	66
GRÁFICA 42: PRUEBAS DE VIH POR CATEGORÍAS DE RIESGO .....	67
GRÁFICA 43: PRUEBAS REALIZADAS POR REGIÓN .....	67
GRÁFICA 44: PERCEPCIÓN SOBRE EL NIVEL DE AVANCE EN LA PREVENCIÓN DEL VIH EN PUERTO RICO .....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS

AME - Área Estadística Metropolitana  
ASSMCA - Administración de Servicios de Salud Mental 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  
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  
NECA/AETC – Northeast Caribbean Aids Education and Training Center Program  
OBC – Organizaciones de Base Comunitaria  
PID – Personas que se Inyectan Drogas  
PUD – Personas Usuarías 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

## SECCIÓN I: RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN Y DEL PLANTEAMIENTO DE NECESIDAD

### 1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PLAN INTEGRADO Y PLANTEAMIENTO DE NECESIDADES

Puerto Rico (PR) es una de las jurisdicciones en los Estados Unidos (EE.UU.) con la incidencia y prevalencia más altas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Al 31 de octubre de 2022, un total de 50,614 personas han sido diagnosticadas con VIH o SIDA en PR. En 2019, el archipiélago, en comparación con los demás estados y territorios ocupaba la 14<sup>va</sup> posición con respecto a diagnósticos de VIH, el 7<sup>mo</sup> lugar en prevalencia de VIH y el 11<sup>vo</sup> lugar en cuanto a la tasa de diagnósticos en Etapa 3 (SIDA).

El Gobierno de Puerto Rico, en coordinación con una multiplicidad de actores de diversos sectores y la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, durante los pasados años han enfocado sus esfuerzos en fortalecer el sistema de provisión de servicios de prevención y tratamiento del VIH. Este esfuerzo tiene como propósito asegurar que todas las personas conozcan su estado serológico, prevenir los nuevos diagnósticos y lograr que las personas con un diagnóstico positivo al VIH puedan alcanzar su máximo potencial de salud, gozar de una vida plena y disfrutar de sus derechos naturales humanos y legales. Es mucho lo que se ha logrado, pero igualmente es mucho lo que resta por lograr. En esa dirección los procesos de planificación integrada proveen una oportunidad para reflexionar sobre los resultados de esa gestión y desarrollar, en conjunto, acercamientos y estrategias que permitan avanzar en la erradicación del VIH.

Este documento presenta el *Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en PR, 2022-2026* (en adelante, *Plan Integrado*), en cumplimiento con los requisitos de la guía publicada 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 desarrollado construye sobre las lecciones aprendidas y mejores prácticas empleadas en el plan previo de 2017-2022. De acuerdo con las necesidades identificadas y el contexto actual de Puerto Rico, se establecieron cuatro metas, las cuales – a su vez – están enmarcadas en las metas de la Estrategia Nacional de VIH 2022-2025 y los pilares de *Ending the HIV Epidemic* de 2019. Estas incluyen:

- Prevenir nuevas transmisiones de VIH utilizando intervenciones probadas
- Diagnosticar todas las personas con VIH lo más pronto posible.
- Tratar a las personas con diagnóstico positivo al VIH de forma rápida y eficaz para lograr una supresión vírica sostenida.
- Responder de manera coordinada e integrada a la sindemia del VIH

Para lograr estas metas, el Plan desarrollado incorpora objetivos, estrategias y acciones concretas fundamentadas en los modelos del continuo de atención al VIH y el enfoque neutral de la situación del VIH, las cuales responden a los siguientes principios:

### Ilustración 1: Principios rectores del Plan



## A. ACERCAMIENTO

Para propósitos de desarrollar el *Plan Integrado*, la jurisdicción utilizó un acercamiento de planificación participativa y de apoderamiento, similar al empleado en el 2016, a través del cual representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, entidades gubernamentales locales y federales, organizaciones sin fines de lucro, la Academia y otros grupos de interés, participaron activamente de la identificación y priorización de las necesidades, la definición de metas y objetivos y el diseño de las estrategias.

El proceso se organizó en tres fases: una primera fase de organización y exploración; una segunda fase de diagnóstico y análisis situacional; y una tercera fase de desarrollo del Plan.

### Ilustración 2: Organización del proceso de planificación



A través de las sesiones de talleres y rondas de consulta llevadas a cabo, se contó con la participación de 119 personas, representantes de los actores previamente



mencionados. Un borrador final del plan fue publicado en la página de Internet del Departamento de Salud para comentarios de la ciudadanía y grupos de interés.

## B. DOCUMENTOS SOMETIDOS PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE PLANIFICACIÓN INTEGRADA

Para cumplir con las guías de planificación integrada publicadas por CDC y HRSA, el Gobierno de Puerto Rico presenta este *Plan Integrado*, el cual construye sobre esfuerzos previos de planificación, como el *Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH 2017-2021* y *Ending the HIV Epidemic* de 2019. De acuerdo con las guías, se incluyen las secciones siguientes:

- Descripción del proceso de planificación e integración de la comunidad (Sección II);
- Conjuntos de datos y evaluaciones que contribuyeron al desarrollo del Plan (Sección III);
- Análisis situacional (Sección IV);
- Metas, objetivos y estrategias (Sección V); y
- Implementación, monitoreo y seguimiento de la jurisdicción (Sección VI).

## SECCIÓN II: INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN

### 1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA JURISDICCIÓN

Para propósitos de desarrollar el *Plan Integrado*, la jurisdicción utilizó un acercamiento de planificación participativa y de apoderamiento a través del cual representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, entidades gubernamentales locales y federales, organizaciones sin fines de lucro, la Academia y otros grupos de interés, participaron de la identificación y priorización de las necesidades, la definición de metas y objetivos y el diseño de las estrategias. Según reseña la literatura sobre el tema, los procesos de planificación participativa proveen la oportunidad de educar a la vez que promueven la integración efectiva de las comunidades en los procesos de toma de decisiones e implementación. Por lo cual, parte del propósito de trabajar con este enfoque consistió en fortalecer las colaboraciones actuales y desarrollar las bases para otras nuevas colaboraciones, necesarias para la implementación efectiva del Plan.

Para poder trabajar de acuerdo con este acercamiento de planificación, las tareas se organizaron en tres fases: una primera fase de organización y exploración; una segunda fase de diagnóstico y análisis situacional; y una tercera fase de desarrollo del Plan.

### Ilustración 3: Organización del proceso de planificación



Durante la primera fase, el Departamento de Salud estableció un “Comité de Planificación” compuesto por personal de las divisiones vinculadas al tema del VIH en la agencia y recursos del equipo consultor<sup>1</sup>. El Comité tuvo a su cargo el desarrollo y seguimiento al plan de trabajo para la elaboración del Plan Integrado, el desarrollo de la metodología de consulta y participación, y la identificación de las fuentes de información necesarias para conducir el análisis así como los distintos actores de interés a invitar para participar del proceso.

Una vez identificadas las fuentes de información disponibles, el equipo consultor – en conjunto con el Comité de Planificación – analizaron y sintetizaron la información para utilizarla de referencia en los talleres comunitarios. En total se llevaron a cabo tres rondas de talleres (durante la segunda y tercera fase del Plan). La primera ronda de talleres se organizó en dos sesiones (prevención/diagnóstico y tratamiento) de ocho horas y tuvo el objetivo de validar las necesidades reseñadas en las fuentes de información identificadas, para establecer las áreas prioritarias en las cuales se debía enfocar el *Plan Integrado*. Además, como parte de ese primer taller, los actores de interés identificaron barreras y brechas en el sistema de servicios que forma parte del análisis situacional. Por otra parte, la segunda ronda de talleres tuvo como propósito desarrollar las metas, objetivos y estrategias, a base de los resultados de la ronda inicial de talleres. Igualmente, este se organizó en dos sesiones. Durante los talleres, la metodología aplicada fueron ejercicios guiados en los cuales los (as) participantes se organizaron en grupos pequeños de trabajo y profundizaron en los temas objetos de cada sesión. Tras cada taller, la información obtenida de los grupos se procesaba e integraba, para ser presentada al grupo en pleno en una próxima sesión para su validación.

<sup>1</sup> A través de un proceso de contratación de servicios, en conformidad con el 2 CFR 200, el Departamento de Salud contrató los servicios de la empresa de consultoría y planificación Estudios Técnicos, Inc. para colaborar como facilitadores del proceso.

### Ilustración 4: Talleres de consulta llevados a cabo



Finalmente, la tercera ronda de talleres se organizó en una sesión plenaria donde se presentó el plan desarrollado a través de este proceso. En esta última sesión, los-as-es participantes tuvieron la oportunidad de conversar a profundidad sobre el plan desarrollado y ofrecieron recomendaciones. También completaron un ejercicio individual de validación donde evaluaron el plan propuesto a base de los requisitos de la guía de CDC y HRSA. Una vez se incorporaron las recomendaciones recopiladas de ese tercer taller, se publicó el Plan en la página Web del Departamento de Salud, para comentarios finales. El Plan estuvo disponible para comentarios durante ocho (8) días. Al finalizar el periodo, se recibieron un total de diez (10) comentarios adicionales, los cuales fueron atendidos antes de la radicación final al CDC y HRSA.

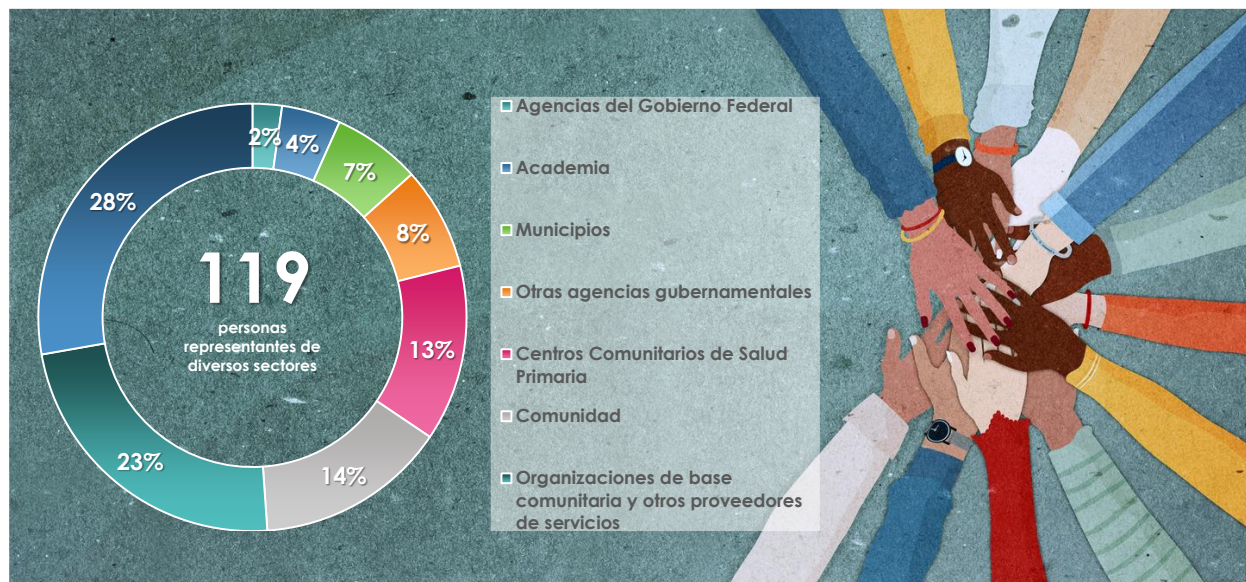




## A. ENTIDADES INVOLUCRADAS EN EL PROCESO

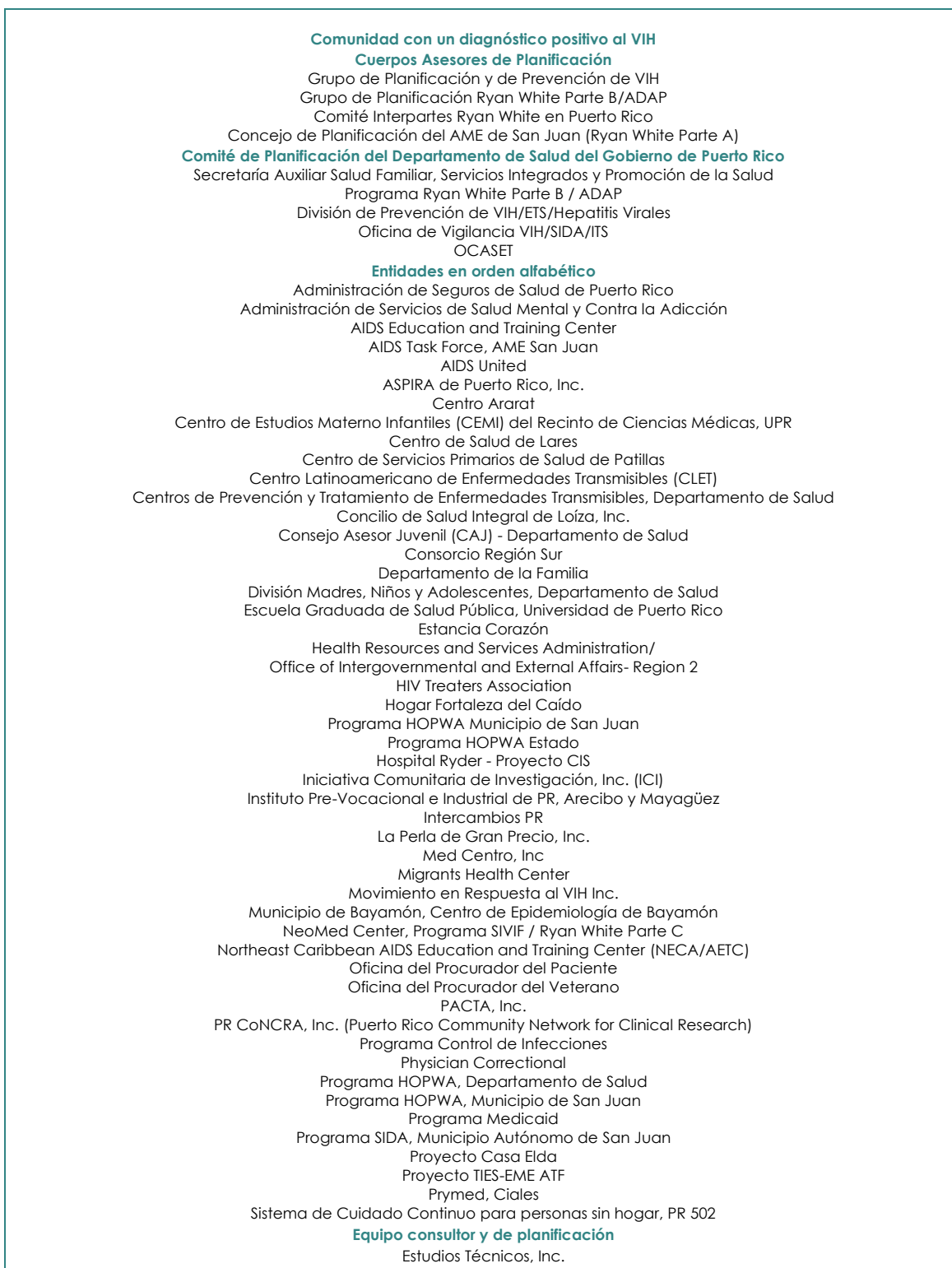
El proceso para desarrollar el *Plan Integrado* contó con una participación amplia y diversa de los grupos de interés relacionados con la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico. Como parte de la etapa de organización del Plan, se desarrolló una matriz de actores de interés para asegurar contar con representantes de todos los sectores recomendados en las guías para la planificación integrada publicadas por el CDC y HRSA. A través de las sesiones de talleres y rondas de consulta, se contó con la participación de 119 personas, representantes, que incluyeron representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, Departamento de Salud, organizaciones comunitarias y otros proveedores de servicios, centros de salud comunitarios, actores que pueden asistir en la respuesta a conglomerados o brotes, otras agencias del gobierno federal, estatal y local, investigadores y académicos, entre otros actores.

Ilustración 5: Representación por sectores de las personas que participaron del proceso de planificación integrada



A continuación se incluyen las entidades específicas que estuvieron representadas en el proceso.

## Ilustración 6: Entidades y actores con representación en el proceso de planificación



## B. PAPEL DEL CONCEJO DE RYAN WHITE PARTE A

El AME de San Juan, recipientes de fondos de la Parte A de la Ley Ryan White, representa el área geográfica de mayor incidencia y prevalencia del VIH en Puerto Rico. Aun cuando no es requisito para los estados la representación de los concejos Parte A se entendió que era medular contar con esta perspectiva. A esos efectos, la presidenta del Concejo, así como otros miembros concejales y representantes del ente administrativo participaron de las tres rondas de talleres llevadas a cabo. Igualmente la administración del programa contribuyó con la aportación de información, planes y documentos para el desarrollo del plan.

---

### C. PAPEL DE LOS CUERPOS DE PLANIFICACIÓN Y OTRAS ENTIDADES

El Plan desarrollado es producto del trabajo en equipo realizado por los actores que participaron del proceso. En el caso de Puerto Rico existen dos cuerpos de planificación separados para prevención y tratamiento: Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Grupo de Planificación para la Prevención del VIH en Puerto Rico. Además, representantes de las partes del Programa Ryan White constituyen el cuerpo asesor denominado Comité Interpartes Ryan White en Puerto Rico. A través de los talleres diseñados como parte del proceso de planificación participativa y de apoderamiento, los representantes de los cuerpos, incluyendo a Interpartes, de planificación, así como otras entidades de servicio, tuvieron la oportunidad de proveer su insumo sobre las necesidades de prevención y cuidado, recursos existentes para atenderlas, barreras y brechas en el sistema de provisión de servicios. A base de los resultados de esas conversaciones, pudieron establecer las metas y objetivos y desarrollar estrategias para alcanzarlos. Previo a iniciar el proceso de planificación, cada cuerpo tuvo la oportunidad de conversar a profundidad sobre el plan y sus requisitos durante sus reuniones ordinarias. Además, como parte del último taller, los representantes validaron el contenido del plan.

---

### D. PARTES DEL PROGRAMA RYAN WHITE – REQUISITO DE PLANTEAMIENTO DE NECESIDADES COORDINADA A NIVEL ESTATAL

Como parte de los procesos de planificación integrada, se partió de los estudios de necesidad que se están llevando a cabo en la jurisdicción por los programas Ryan White Parte B y la División de Prevención de VIH / ITS / Hepatitis Virales del Departamento de Salud, así como los datos provenientes del perfil epidemiológico que produce la Oficina de Vigilancia y otras investigaciones recientes. Esta información sirvió de base para que durante las sesiones o talleres de trabajo, representantes de las partes A-D del Programa Ryan White y los recipientes de la parte F, pudieran conversar a profundidad sobre las mismas y – en conjunto con los demás actores - establecieran las áreas prioritarias a atender. Para esto, se tomaron en consideración también los planteamientos de necesidad contenidos en los planes para terminar con la sindemia (EHE), del estado así como de la Parte A del Programa Ryan White.

---

## E. INTEGRACIÓN CON PERSONAS CON UN DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH – REQUISITO DE PLANTEAMIENTO DE NECESIDADES COORDINADA A NIVEL ESTATAL

La comunidad de personas con un diagnóstico positivo al VIH estuvo representada y participó activamente de todas las etapas de desarrollo del Plan. 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 apoderamiento, que permitió contar con representación de personas con diagnóstico positivo al VIH, incluyendo personas con diagnóstico conjunto de hepatitis, para asegurar que respondiera a sus necesidades.

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 la comunidad 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. El 14% de los participantes del proceso de planificación son personas con un diagnóstico positivo al VIH.

Para efectos de la implementación del Plan Integrado, se establecerá una estructura similar a la empleada en el 2017-2021, que incluyó la creación de grupos de trabajo con representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, discusión y presentación de avance ante los cuerpos de planificación, actividades y otros esfuerzos de rendición de cuentas en los que igualmente se invitará a la comunidad.

---

## F. PRIORIDADES

De acuerdo con el contexto actual en Puerto Rico y las necesidades identificadas como parte del proceso de planificación integrada, se identificaron las siguientes diez áreas de prioridad:

1. Fortalecer el sistema de provisión de servicios de vigilancia, diagnóstico, prevención y tratamiento del VIH y su capital humano.
2. Promover la combinación de recursos económicos y aprovechar el apalancamiento o "leverage" que dichos fondos permiten, para maximizar los recursos existentes y tener un mayor impacto.
3. Fomentar la planificación y coordinación multisectorial para atender la sindemia de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Salud Mental, para contar con un sistema integrado y que provea acceso equitativo a servicios.
4. Aumentar la disponibilidad y el acceso equitativo a servicios integrales y de alta calidad, culturalmente sensibles y fundamentados en mejores prácticas, prácticas con indicios de evidencia y prácticas basadas en evidencia para la prevención y el tratamiento del VIH.
5. Implementar esfuerzos continuos de educación y orientación para mejorar los niveles de conocimiento sobre la sindemia y su prevención y cuidado entre los



- proveedores de servicios, a los grupos con conductas de riesgo, las personas con diagnóstico positivo al VIH y la comunidad general.
6. Aumentar los escenarios y el número de pruebas que se realizan en Puerto Rico.
  7. Abordar los determinantes sociales de la salud.
  8. Atender las necesidades particulares asociadas a la transformación demográfica en Puerto Rico, así como la situación de la salud mental que se ha agravado tras los desastres naturales que ha enfrentado el País y, más recientemente, la pandemia.
  9. Continuar promoviendo un enlace temprano a tratamiento y enfoques en la retención para lograr la supresión viral.
  10. Continuar promoviendo cambios en la política pública dirigidos a integrar los esfuerzos de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH, ITS y Hepatitis Virales.

## G. ACTUALIZACIONES DE OTROS PLANES ESTRATÉGICOS UTILIZADOS PARA CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DEL PLAN INTEGRADO

Para cumplir con las guías de planificación integrada publicadas por CDC y HRSA, el Gobierno de Puerto Rico presenta este nuevo *Plan Integrado*, el cual construye sobre esfuerzos previos de planificación, como el *Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH 2017-2021* y *Ending the HIV Epidemic* de 2019.

### SECCIÓN III: CONTRIBUCIÓN DE CONJUNTOS DE DATOS Y EVALUACIONES

#### 1. INTERCAMBIO Y USO DE DATOS

Para propósitos del desarrollo del Plan Integrado se combinaron distintas fuentes de información, incluyendo el perfil epidemiológico preparado por el Programa Vigilancia de VIH / ITS de la Oficina de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud de Puerto Rico, el Estudio de necesidades de las personas con un diagnóstico positivo al VIH del Programa Ryan White Parte B (2022), el Estudio de necesidades de prevención del VIH en Puerto Rico (2022), llevado a cabo por la División de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales del Departamento de Salud, así como otros estudios recientes identificados. Esta información fue complementada con las conversaciones sostenidas y ejercicios guiados, llevados a cabo en los talleres como parte del proceso de planificación integrada.

Para el desarrollo del perfil epidemiológico, el Programa de Vigilancia utilizó diversas fuentes, incluyendo datos provenientes del Sistema de Vigilancia de SIDA en P.R., datos provenientes del Sistema de Vigilancia de la Conducta – NHBS y datos de Población y Vivienda del Negociado del Censo de los Estados Unidos.

En el marco de la Ley orgánica del Departamento de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 81-1912, la Ley Núm. 40-2012, Ley para la Administración e Intercambio de Información de Salud, la Ley Pública Federal, 100-478, y la reglamentación y órdenes administrativas que se derivan de estas, incluyendo la OA 2020-440, todo profesional de la salud en Puerto Rico tiene la obligación de reportar al Departamento de Salud todo resultado de laboratorio relacionado a VIH al Programa de Vigilancia VIH/ITS.

Además, el Programa de Vigilancia cuenta con acuerdos colaborativos para el intercambio de datos siendo uno de estos con el "AIDS Task Force" del Municipio de San Juan, recipiente de los fondos Ryan White Parte A. Dicho acuerdo se da en el marco del proyecto "Data to Care", auspiciado por CDC para la identificación de personas con un diagnóstico positivo al VIH que no están enlazadas a tratamiento, así como para la actualización de los datos relacionados a la supresión viral. Como parte del acuerdo, el "AIDS Task Force" envía reportes mensuales a través del portal de reportes de Vigilancia del VIH, de los resultados de laboratorios relacionados al algoritmo para el diagnóstico del VIH en todas sus fases, incluyendo CD4, Cargas Virales (cualitativas y cuantitativas) y pruebas moleculares del VIH de los participantes que reciben servicios, a través de las agencias sub-recipientes de los fondos Parte A. La lista completa de referencias utilizadas en el proceso de planificación se incluye como anejo.

## 2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Esta sección provee un trasfondo sobre la situación sociodemográfica de Puerto Rico y el perfil epidemiológico del VIH, de acuerdo con las guías publicadas por el CDC y HRSA.

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN PUERTORRIQUEÑA EN EL AÑO 2021

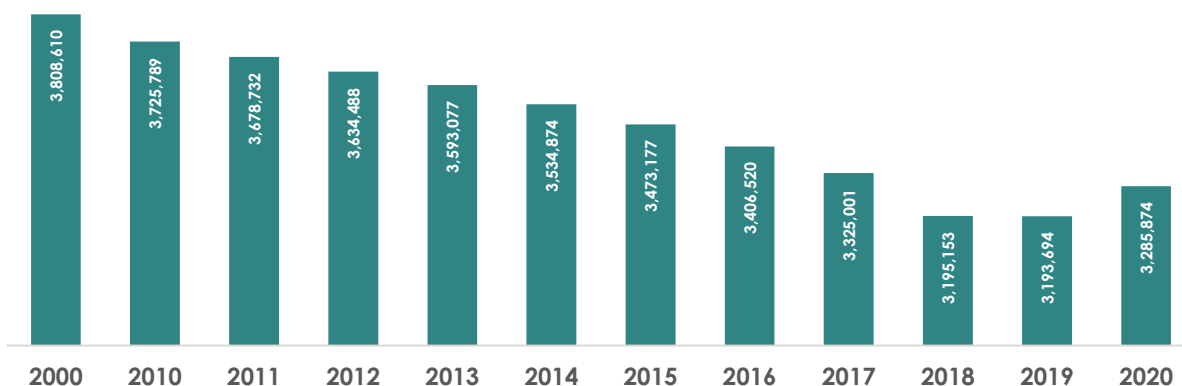
El Archipiélago de Puerto Rico comprende 78 municipios divididos en 8 Regiones de Salud (Ilustración 7).

**Ilustración 7: Regiones de Salud Epidemiológicas de Puerto Rico, 2021**



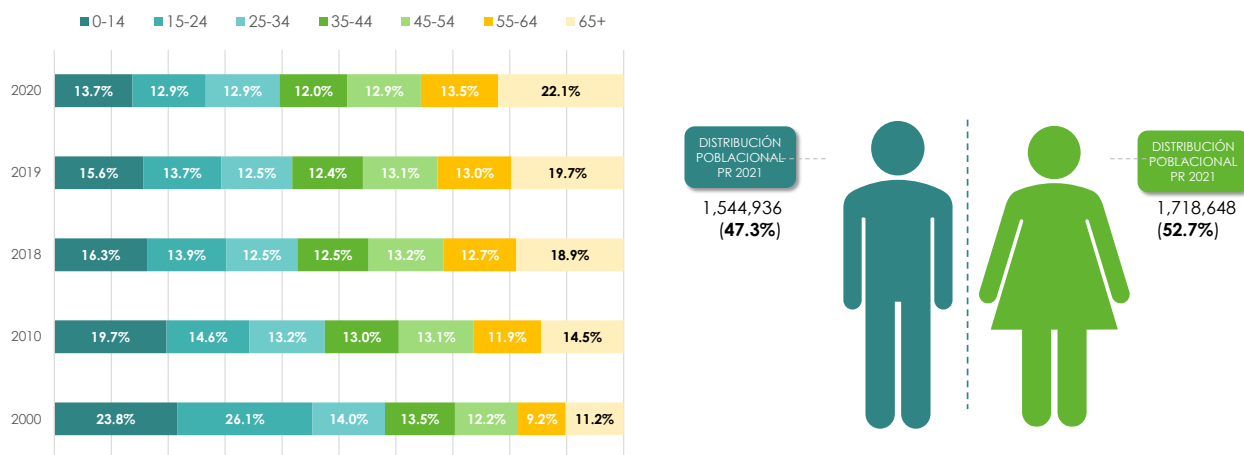
La población residente en Puerto Rico se estimó en 3,263,584 a 2020, lo cual representa una reducción de alrededor de 439,976 personas durante la última década, es decir aproximadamente 14% de la población a partir del 2010. Esto se debe, entre otros factores, a la confluencia de unas bajas tasas de natalidad y mortandad y niveles de migración neta altos, que antes del Huracán María en 2017, fluctuaban alrededor de las 60,000 personas. A su vez, esto supone una transformación en términos demográficos hacia una población más envejecida, lo cual tiene implicaciones importantes para los sistemas de prevención y cuidado de la salud. Según se observa en una próxima gráfica, el 36% de la población en 2020, tenía 55 años o más. Mientras que, la distribución poblacional por sexo al nacer corresponde a un 47.3% hombres y un 52.7% mujeres.

**Gráfica 1: Cambio poblacional en Puerto Rico 2000-2020**



Fuente: Censo de población y vivienda, varios años

**Gráfica 2: Población por edad y sexo al nacer**



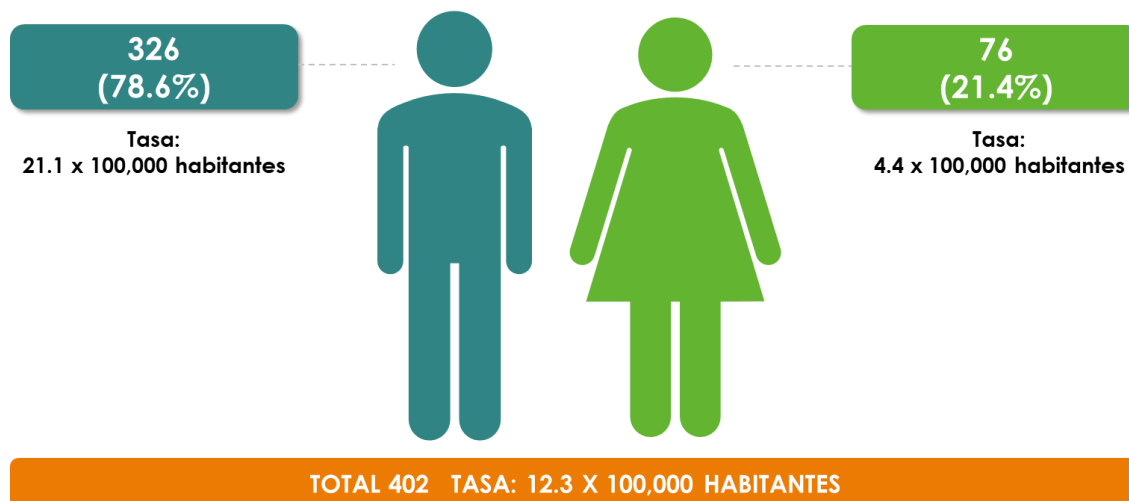
Fuente: Censo de población y vivienda, 2020

## DESCRIPCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH

Un total de 402 casos de infección por el VIH fueron diagnosticados en adultos y adolescentes durante el año 2021. La tasa cruda para este año fue 12.3 diagnósticos nuevos de VIH por sexo al nacer por cada 100,000 habitantes. La distribución por sexo

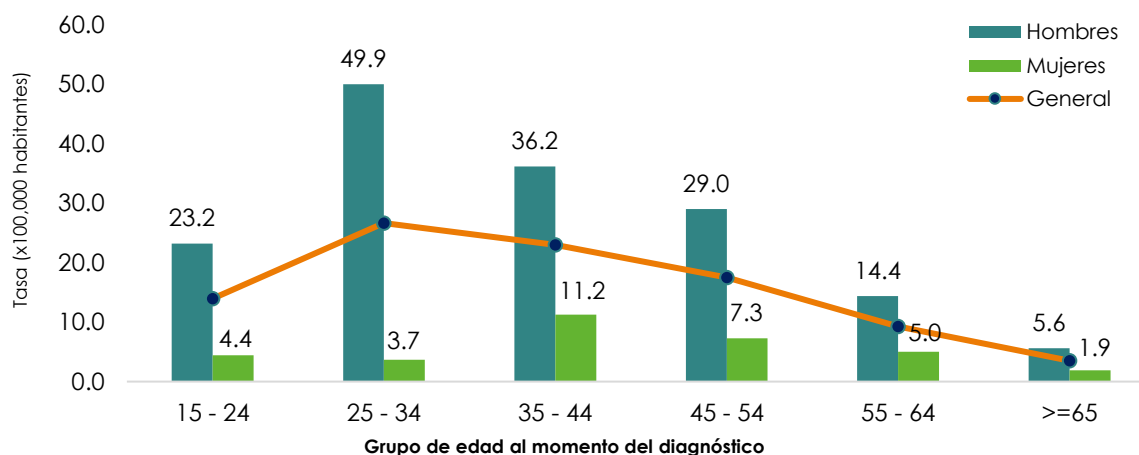
indica que la tasa de diagnósticos de VIH en los hombres es 4.2 veces mayor que la tasa de diagnóstico de VIH en mujeres (Ilustración 8).

**Ilustración 8: Distribución Diagnósticos Nuevos, por Sexo al nacer, PR 2021**



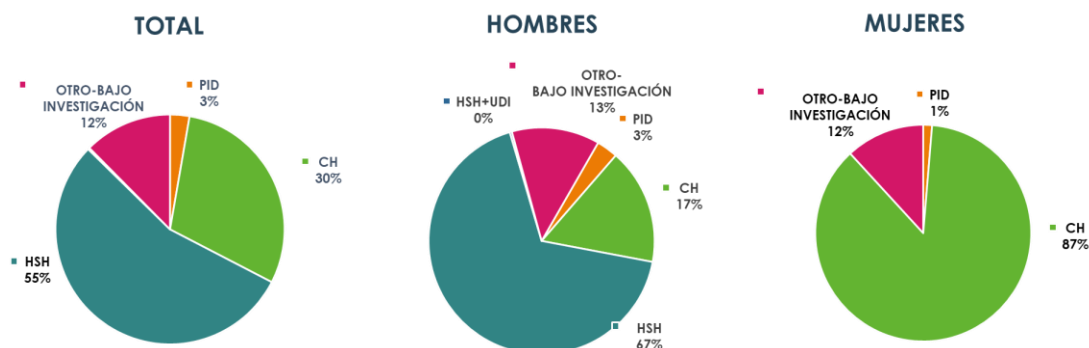
En el año 2021, las tasas de diagnósticos nuevos aumentaron entre los grupos de edades de 15 a 24 hasta llegar al grupo de 25 a 34 años. Luego disminuye entre las edades de 35 hasta las personas mayores de 65 años (Gráfica 3).

**Gráfica 3: Tasa de diagnósticos nuevos de VIH por grupo de edad y sexo, PR 2021**



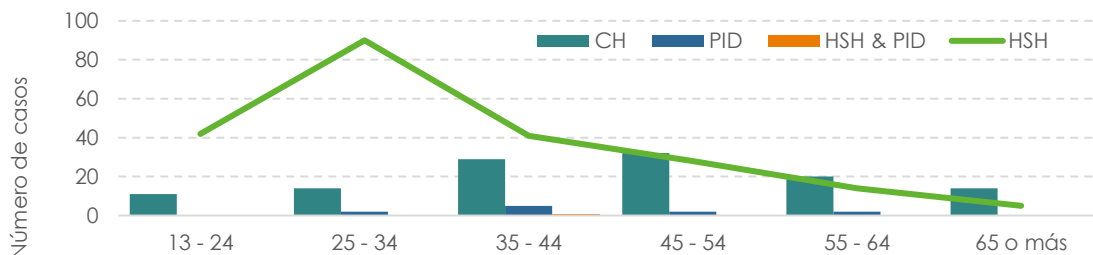
El sexo sin condón entre los hombres fue el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia en Puerto Rico en el año 2021 (55%), seguido del contacto heterosexual sin condón 30%. Entre los hombres, el sexo entre hombres sin condón (67%) fue el modo de transmisión principal en el 2021. Mientras que el contacto heterosexual (87%) fue el modo de exposición reportado con mayor frecuencia en mujeres (Gráfica 4).

**Gráfica 4: Distribución de Diagnósticos Nuevos de VIH por Modo de Exposición en Adultos y Adolescentes ≥ 13 Años, Puerto Rico, 2021**



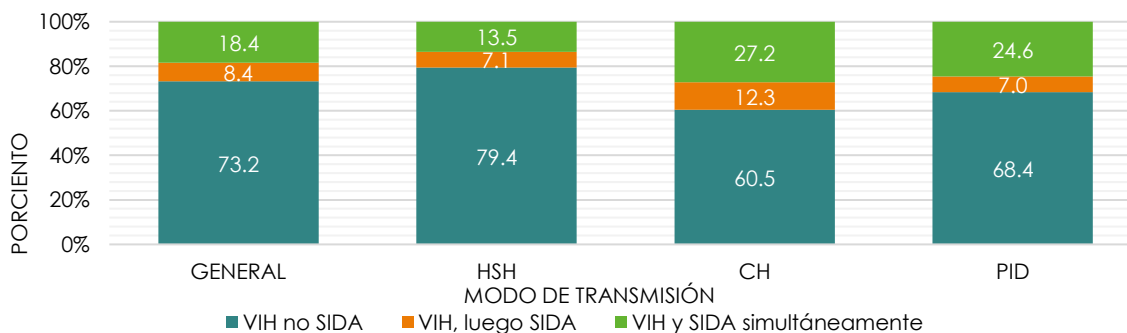
El sexo entre hombres sin condón es el modo de transmisión principal entre los adolescentes y adultos entre las edades de 13 a 44 años, mientras las personas diagnosticadas con VIH entre las edades de 45 y 65 años o más el modo de transmisión principal es el contacto heterosexual (Gráfica 5).

**Gráfica 5: Distribución de Diagnósticos Nuevos de VIH por Modo de Transmisión y Edad de Adultos y Adolescentes ≥13 Años, Puerto Rico, 2021**



La proporción de personas diagnosticadas con el VIH durante el 2021 que se encontraban en la etapa más avanzada de la infección (SIDA) fue mayor entre las personas heterosexuales (27.2%), seguidas de personas que se inyectan droga (24.6%) (Gráfica 6).

**Gráfica 6: Distribución de Diagnósticos Nuevos de VIH por Categoría de Progresión del VIH y Modo de Transmisión de Adultos y Adolescentes ≥13 Años, PR 2021**



En la región metropolitana reside la mayoría de la población puertorriqueña con un diagnóstico de VIH positivo (37.8%), predominando los diagnósticos positivos en los hombres con una tasa de positividad de (36.9%) (Tabla 1).

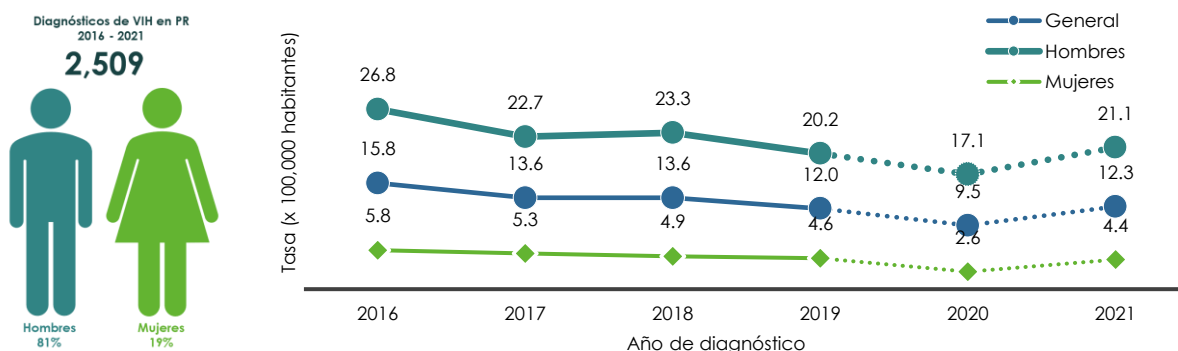
**Tabla 1: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH por Regiones de Salud epidemiológicas de Adultos y Adolescentes ≥ 13 Años, PR 2021**

Región de Salud	General			Hombres			Mujeres		
	No. de diagnósticos	%	Tasa*	No. de diagnósticos	%	Tasa*	No. de diagnósticos	%	Tasa*
Aguadilla	15	3.7	7.1	13	4.0	12.7	2	2.6	1.8
Arecibo	29	7.2	7.1	25	7.7	12.7	4	5.3	1.9
Bayamón	72	17.9	13.0	58	17.8	22.1	14	18.4	4.8
Caguas	69	17.2	13.2	57	17.5	23.0	12	15.8	4.4
Fajardo	8	2.0	6.8	7	2.1	12.6	1	1.3	1.6
Mayagüez	16	4.0	6.0	13	4.0	10.2	3	3.9	2.2
Metropolitana	152	37.8	21.3	121	37.1	36.9	31	40.8	8.1
Ponce	41	10.2	8.7	32	9.8	14.2	9	11.8	3.7
Total	402	100.0	12.3	326	100.00	21.1	76	100.0	4.4

TENDENCIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH, 2016 – 2021

Durante el periodo del 2016 al 2021, se diagnosticaron un total de 2,509 casos nuevos de VIH (independientemente si progresó a SIDA o no). La prevalencia de diagnósticos de VIH nuevos en los hombres es de 81% mientras que las mujeres tienen el 19% de los diagnósticos de VIH nuevos. La tasa de diagnósticos de VIH presenta una disminución durante este periodo. Es posible que los datos reflejados para el 2020 se vieran alterados por el impacto de la pandemia (Gráfica 7).

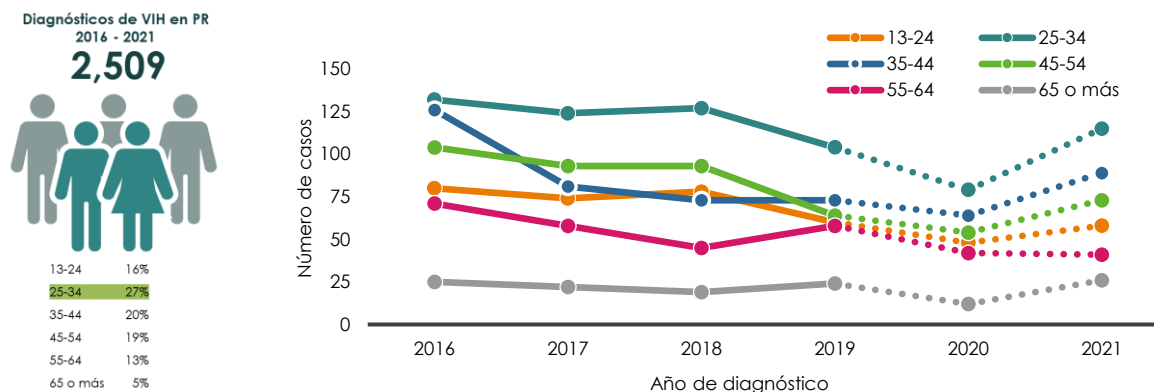
**Gráfica 7: Tasa de Diagnósticos Nuevos de VIH por Sexo, PR 2016 – 2021**



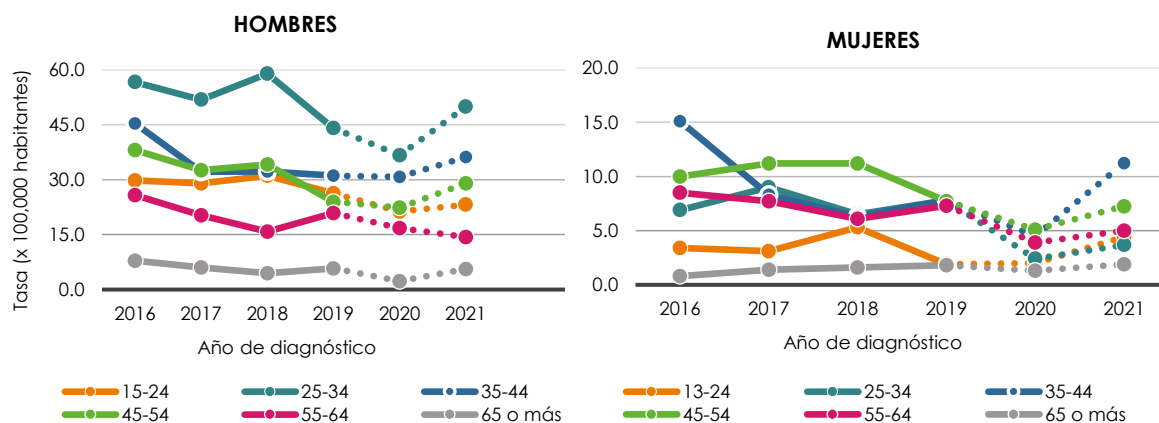
El (47%) de los diagnósticos nuevos de VIH fluctúan entre las edades de 25 a 44 años. La tasa de diagnósticos de VIH presenta una disminución durante este periodo, hasta el 2021 donde se regulan los diagnósticos nuevos por edad. Es posible que los datos reflejados para el 2020 se vieran alterados dado al impacto causado por la pandemia

(Gráfica 8). Para el 2021 comparado con 2019 se presenta un aumento en diagnósticos nuevos tanto en hombres como en mujeres (Gráfica 9).

**Gráfica 8: Número de Diagnósticos Nuevos de VIH por Grupo de Edad, PR 2016 – 2021**

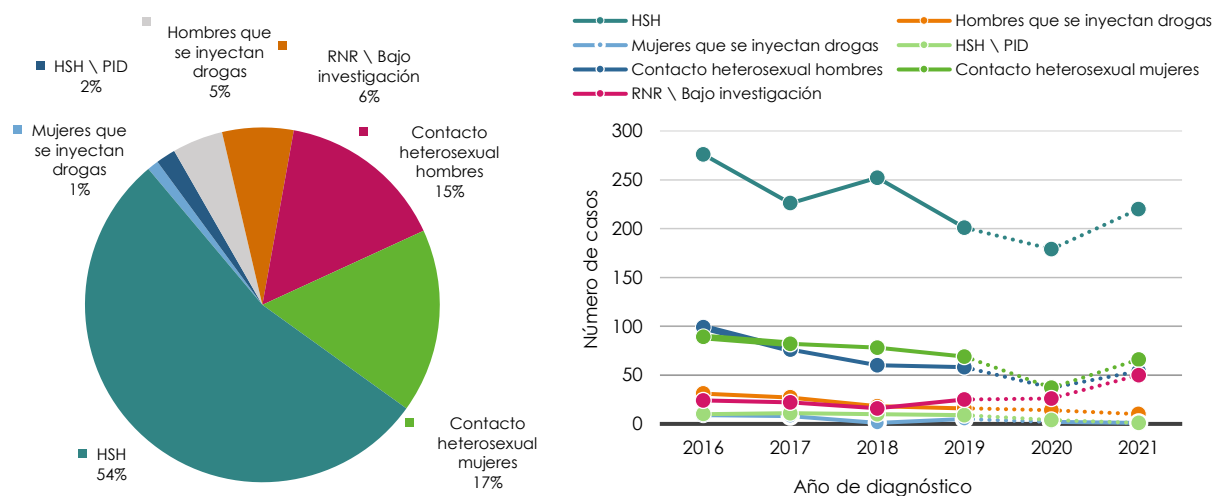


**Gráfica 9: Tasa de Diagnósticos Nuevos de VIH por Grupo de Edad, PR 2016 – 2021**



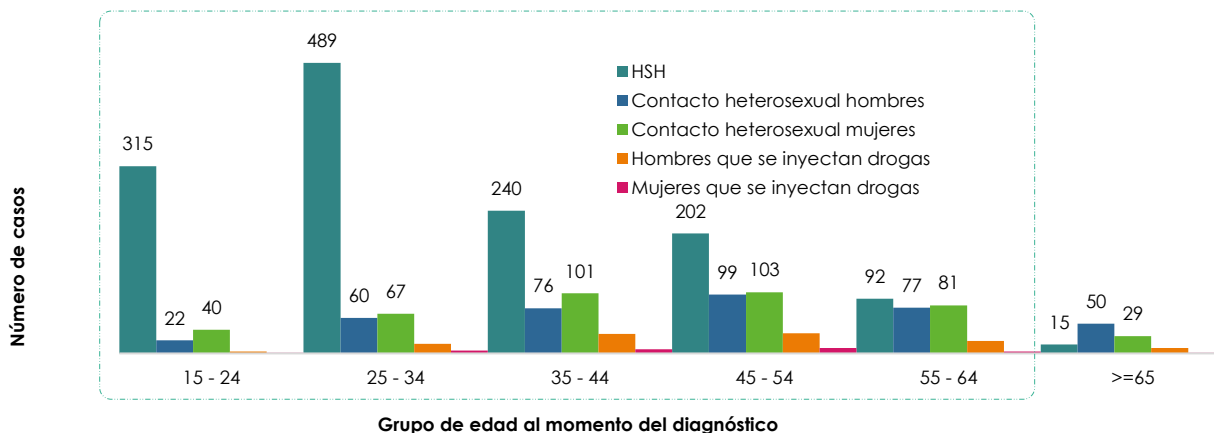
Durante el periodo acumulado del 2016 al 2021 el contacto heterosexual sin condón cuenta con la proporción mayor de casos nuevos diagnosticados anualmente con el VIH. La proporción de casos atribuidos al sexo sin condón entre hombres aumentó durante el periodo del 2016 al 2021 mientras que la proporción de personas que se inyectan drogas y el sexo entre personas heterosexuales disminuyó. En el 2021, el sexo sin condón entre hombres continúa siendo el modo de transmisión principal entre los puertorriqueños (Gráfica 10).

**Gráfica 10: Distribución de Adolescentes y Adultos ≥13 Años Diagnosticados con el VIH por Modo de Transmisión, PR 2016-2021**



La distribución de casos nuevos diagnosticados durante el periodo 2016 – 2021 indica que el sexo entre hombres es el modo de transmisión principal entre los adolescentes y adultos entre los 13 a 64 años (Gráfica 11).

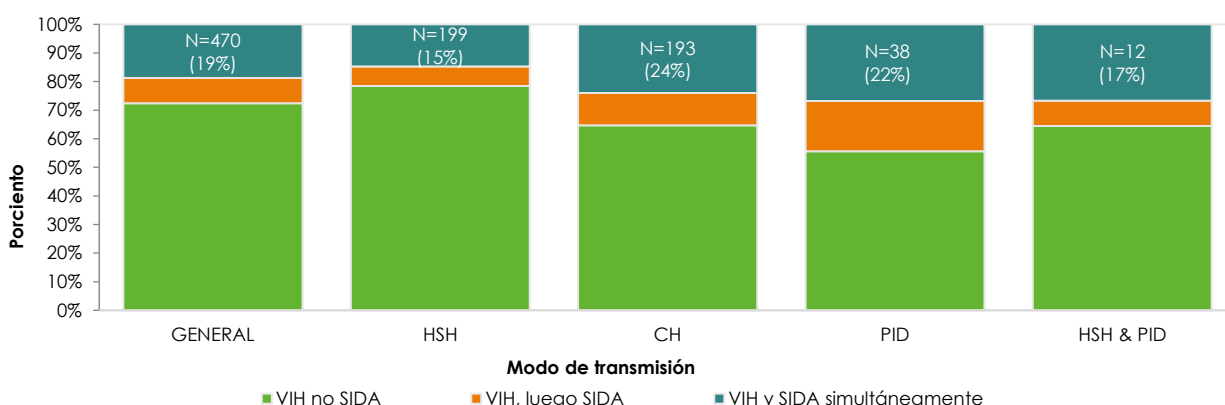
**Gráfica 11: Distribución de los Diagnósticos Nuevos de VIH por Edad y Modo de Transmisión y Sexo al Nacer, PR 2016 – 2021**



Aproximadamente 1 de cada 5 adultos y adolescentes ≥13 años diagnosticados con el VIH durante el periodo del 2016 al 2021 se encontraba en la etapa más avanzada de la infección (SIDA). La proporción fue mayor entre personas heterosexuales (24%) y personas que se inyectan drogas (22%) (Gráfica 12).

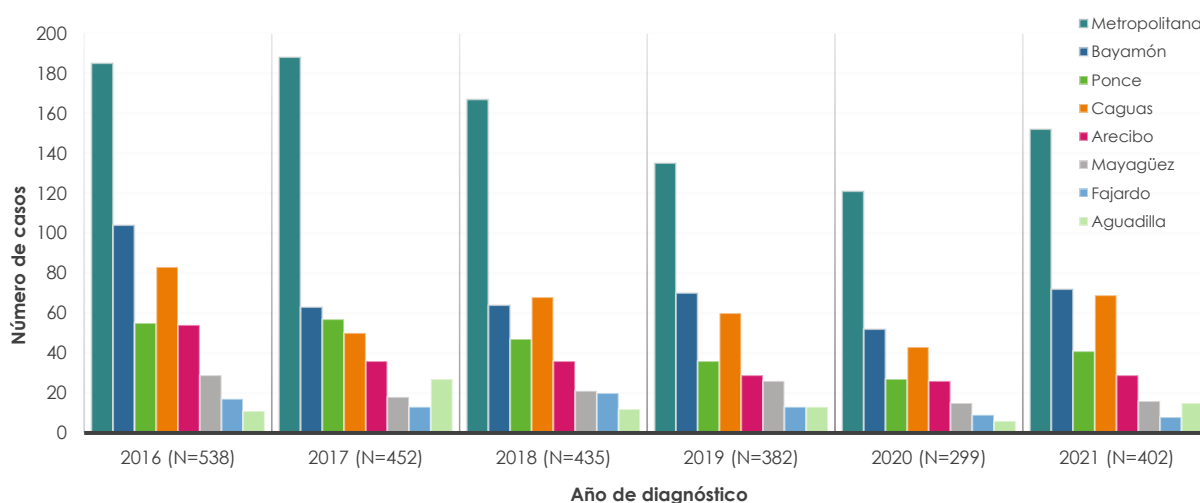


**Gráfica 12: Distribución de Diagnósticos Nuevos de VIH, por Categoría de Progresión del VIH y Modo de Transmisión de Adultos y Adolescentes ≥13 Años, PR 2016 – 2021**



La región metropolitana predomina como la región de residencia al momento del diagnóstico con más casos nuevos diagnosticados de VIH durante el periodo del 2016 al 2021, seguida de la región de Bayamón y Caguas respectivamente (Gráfica 13).

**Gráfica 13: Diagnósticos Nuevos de VIH por Región de Residencia al Momento del Diagnóstico, PR 2016 – 2021**



El número de personas con un diagnóstico de VIH residiendo en Puerto Rico al final del año 2021 es de 16,617. Por cada 100,000 habitantes de Puerto Rico, 509 tienen un diagnóstico positivo al VIH. La prevalencia de VIH en hombres es 2.7 veces mayor que la prevalencia en mujeres. Sobre una tercera parte de las personas con un diagnóstico positivo al VIH reside en la Región Metropolitana. Se estima que el 9.4% (1,700) de las personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico lo desconoce. 3 de cada 4 personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico tienen 45 años de edad o más.

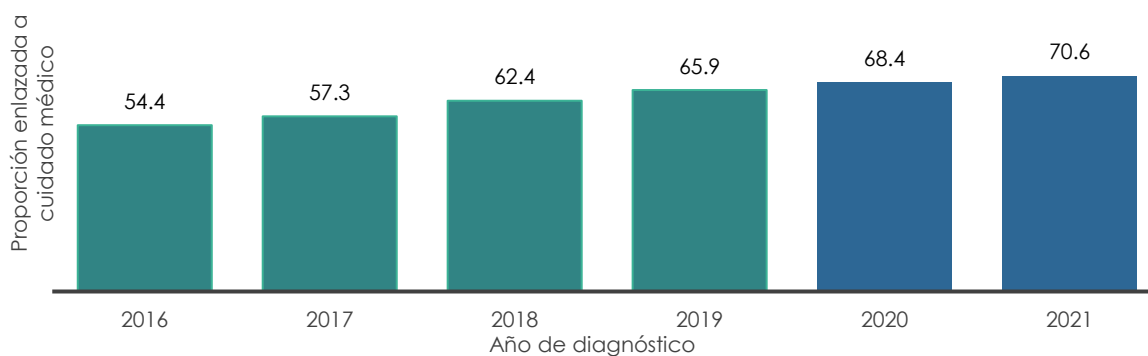
**Tabla 2: Prevalencia de VIH por Regiones de Salud en PR, 2021**

Región de salud	Número de casos	%
Metropolitana	6,268	37.7
Bayamón	2,810	16.9
Caguas	2,141	12.9
Ponce	2,081	12.5
Arecibo	1,355	8.2
Mayagüez	861	5.2
Fajardo	584	3.5
Aguadilla	517	3.1
Total	16,617	100.0

CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH, PR 2021

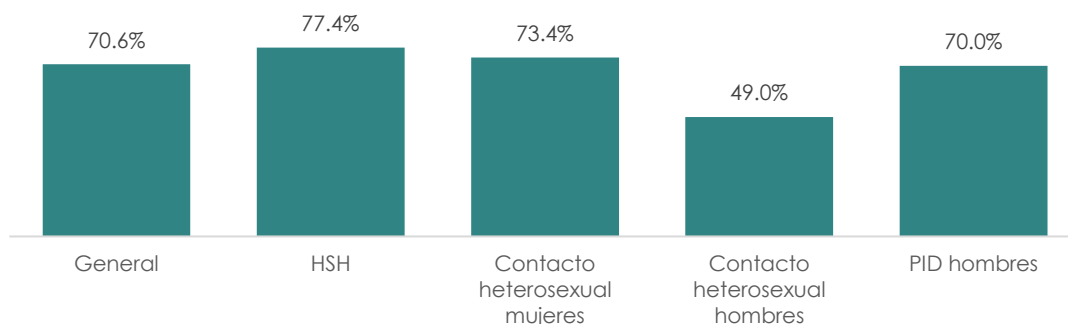
La proporción de personas enlazadas a cuidado médico presenta un aumento durante el periodo del 2016 al 2021 de un 54.4% a un 70.6% respectivamente (Gráfica 14). La Estrategia Nacional de VIH en el 2010 había establecido como Meta el 85% para el 2020. Lo más alto que hemos alcanzado ha sido 70.6% en el año 2021.

**Gráfica 14: Número de personas enlazadas a cuidado médico durante los primeros 30 días, luego del diagnóstico positivo al VIH, PR 2016 – 2021**



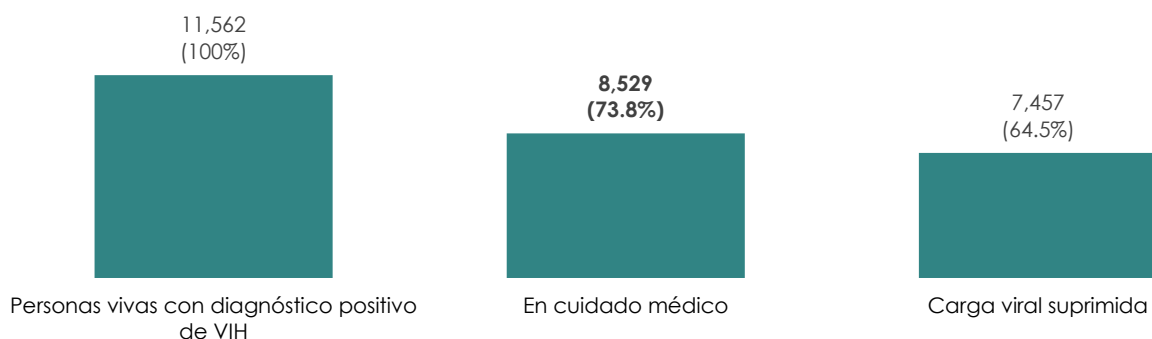
Las personas con un diagnóstico positivo al VIH con el modo de transmisión de sexo con hombre sin condón cuentan con el mayor porcentaje (77.4%) de personas enlazadas a cuidado médico durante el primer mes luego del diagnóstico. Seguido de mujeres que tuvieron contacto heterosexual (73.4%) (Gráfica 15).

**Gráfica 15: Enlace a cuidado médico de personas diagnosticadas con el VIH durante el primer mes luego del diagnóstico, por modo de transmisión y sexo, PR, 2021**



Hasta el 2020, 11,562 personas  $\geq 18$  años tenían un diagnóstico positivo al VIH. Se estima que un 73.8% ( $n=8,529$ ) se encontraban recibiendo atención médica y un 64.5% ( $n=7,457$ ) tenían la carga viral suprimida. El porcentaje de carga viral suprimida está basado en el número de personas con una prueba de laboratorio durante el periodo 2016 – 2020, cuya última carga viral en el año 2020 era  $<200$  copias/mL. (Gráfica 16).

**Gráfica 16: Continuo de la Atención del VIH en PR, 2020**



**Personas con diagnóstico positivo al VIH:** personas  $\geq 13$  años con un diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, diagnosticadas con el VIH o que ha tenido una prueba de VIH, prueba de genotipo, CD4 y/o carga viral reportadas al Programa de Vigilancia VIH del Departamento de Salud durante el periodo 2016 – 2020.

**Base de datos utilizada:** Programa Vigilancia de VIH.

**En Cuidado médico:** personas  $\geq 13$  años con un diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico con una prueba de CD4 o carga viral en el año 2020

**Base de datos utilizada:** Programa Vigilancia de VIH.

**Carga viral suprimida:** personas  $\geq 13$  años con un diagnóstico positivo al VIH con necesidad de cuidado médico cubierta cuya carga viral en el año 2020 es  $<200$  copias/mL.

**Base de datos utilizada:** Programa Vigilancia de VIH.

## NECESIDADES DE CUIDADO MÉDICO NO CUBIERTAS DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH EN PUERTO RICO, 2020

En 2020, 299 personas fueron diagnosticadas con VIH en Puerto Rico. El 23.1% de las cuales fueron diagnosticadas tardíamente con VIH. Para el 2020, 11,562 personas residentes en Puerto Rico tenían un diagnóstico de VIH o cualquier dato de laboratorio relacionado con el VIH durante el período 2016 –2020. El 73.8% estaba bajo cuidado, mientras que el 26.2% no estaba bajo cuidado en 2020.

Al final del año 2020, 1,072 personas que recibían atención médica no estaban suprimidas viralmente (12.6%). Las personas que no están suprimidas viralmente tienen más probabilidades de transmitir el VIH a sus parejas a través del contacto sexual y el uso de drogas inyectables (Tabla 3).

**Tabla 3: Necesidades de Cuidado Médico no Cubiertas de Personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, 2020**

	Años
Diagnósticos nuevos de VIH	2020
Patrones de cuidado	2020
Tamaño de la población	2016-2020

Indicadores	Número	Porcentaje	Fuente de datos
Diagnósticos tardíos de VIH			
Diagnósticos tardíos	69	23.1%	Programa Vigilancia de VIH
Diagnósticos nuevos	299		Programa Vigilancia de VIH
Tamaño de la población			
Tamaño de la población	11,562		Programa Vigilancia de VIH
Patrones de cuidado			
Necesidad cubierta	8,529	73.8%	Programa Vigilancia de VIH
Necesidad no cubierta	3,033	26.2%	Programa Vigilancia de VIH
Carga viral, personas en cuidado médico			
Carga viral suprimida	7,457	87.4%	Programa Vigilancia de VIH
Carga viral no suprimida	1,072	12.6%	Programa Vigilancia de VIH

Nota: Los datos sobre *Diagnósticos tardíos de VIH* y *Patrones de cuidado* se presenta para el año 2020; los datos sobre *Tamaño de la población* se presentan para el periodo 2016-2020.

**Diagnósticos tardíos de VIH:** Número de personas diagnosticadas con la Etapa 3 de la infección del VIH dentro de los primeros 3 meses luego del diagnóstico inicial de VIH.

**Tamaño de la población:** Número personas con un diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, diagnosticadas con el VIH o que ha tenido una prueba de VIH, prueba de genotipo, CD4 y/o carga viral reportadas al Programa de Vigilancia durante los últimos 5 años.

### Patrones de cuidado:

**Necesidad cubierta:** Número de personas con un diagnóstico positivo al VIH, con una prueba de CD4 o carga viral en el año más reciente.

**Necesidad no cubierta:** Número de personas con un diagnóstico positivo al VIH, sin una prueba de CD4 o carga viral en el año más reciente.

### Supresión viral:

**Carga viral suprimida** Número de personas con un diagnóstico positivo al VIH, con necesidad de cuidado médico cubierta, cuya carga viral más reciente es <200 copias/ml.

**Carga viral no suprimida:** Número de personas con un diagnóstico positivo al VIH, con necesidad de cuidado médico cubierta, cuya carga viral más reciente es  $\geq 200$  copias/ml.

A continuación, se resume la información del informe de necesidades no cubiertas. Los hombres que se inyectan drogas (50%), las personas de  $\geq 45$  años o más (37%), personas transgénero (27.9%) y los hombres heterosexuales (48.6%) tenían más probabilidades de ser diagnosticados tardíamente con el VIH.

Las poblaciones con mayor número de personas sin cuidado son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (26.7%), las mujeres heterosexuales (25.3%), los hombres que se inyectan drogas (30.9%) y los hombres que se inyectan droga que han tenido sexo con hombre sin condón (28.7%).

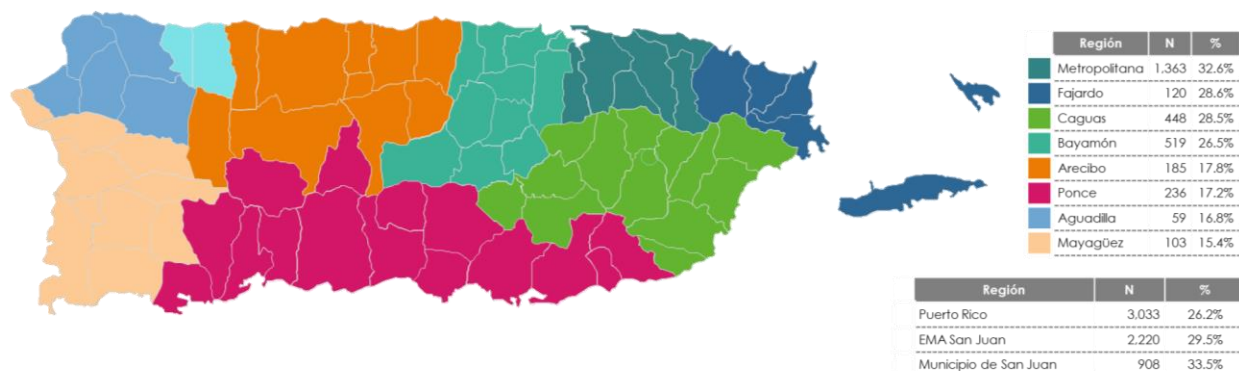
La mayor proporción de personas atendidas que no han sido suprimidas viralmente son los hombres (67.4%), las personas de 45 a 64 años (26.4%), los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (32.6%) y las mujeres heterosexuales (24.4%) (Tabla 4).

**Tabla 4: Análisis poblacional – Puerto Rico, 2022**

Características demográficas / categoría de transmisión	Personas con diagnóstico positivo al VIH	Número de diagnósticos nuevos de VIH	Número de personas diagnosticadas tardíamente	Número de personas en cuidado médico	Número de personas necesitadas no cubierta	En cuidado, sin supresión viral	% diagnósticos tardíos	% necesidad no cubierta	En cuidado, sin supresión viral	% diagnósticos tardíos	% necesidad no cubierta	En cuidado, sin supresión viral
Total	11,562	299	69	8,529	3,033	1,072	23.10%	26.20%	12.60%	100.00%	100.00%	100.00%
<b>Género</b>												
Hombre	8,087	253	56	5,929	2,158	723	22.10%	26.70%	12.20%	81.20%	71.20%	67.40%
Mujer	3,446	43	12	2,574	872	345	27.90%	25.30%	13.40%	17.40%	28.80%	32.20%
Transgénero	29	3	1	26	3	4	33.30%	10.30%	15.40%	1.40%	0.10%	0.40%
<b>Edad</b>												
13 - 24	218	48	3	166	52	46	6.30%	23.90%	27.70%	4.30%	1.70%	4.30%
25 - 34	1,302	79	9	873	429	182	11.40%	32.90%	20.80%	13.00%	14.10%	17.00%
35 - 44	1,777	64	18	1,215	562	196	28.10%	31.60%	16.10%	26.10%	18.50%	18.30%
45 - 54	2,909	54	20	2,157	752	283	37.00%	25.90%	13.10%	29.00%	24.80%	26.40%
55 - 64	3,611	42	15	2,799	812	267	35.70%	22.50%	9.50%	21.70%	26.80%	24.90%
65+	1,745	12	4	1,319	426	98	33.30%	24.40%	7.40%	5.80%	14.00%	9.10%
<b>Categoría de transmisión</b>												
<b>Hombres</b>												
HSH	4,142	176	26	3,102	1,040	349	14.80%	25.10%	11.30%	37.70%	34.30%	32.60%
PID	1,555	14	7	1,075	480	165	50.00%	30.90%	15.30%	10.10%	15.80%	15.40%
HSH PID	487	4	1	347	140	28	25.00%	28.70%	8.10%	1.40%	4.60%	2.60%
<b>Contacto</b>												
Heterosexual	1,708	37	18	1,281	427	144	48.60%	25.00%	11.20%	26.10%	14.10%	13.40%
Otro / Riesgo no id 195		22	4	124	71	37	18.20%	36.40%	29.80%	5.80%	2.30%	3.50%
<b>Mujeres</b>												
PID	528	2	0	384	144	61	0.00%	27.30%	15.90%	0.00%	4.70%	5.70%
<b>Contacto</b>												
Heterosexual	2,800	37	11	2,115	685	262	29.70%	24.50%	12.40%	15.90%	22.60%	24.40%
Otro / Riesgo no id 118		4	1	75	43	22	25.00%	36.40%	29.30%	1.40%	1.40%	2.10%

A nivel isla, se estima que un 26.2% de las personas no tienen cubierta su necesidad de cuidado médico para el VIH. Las Regiones de Salud Metropolitana (32.6%), Caguas (28.5%), Fajardo (28.6%) y Bayamón (26.5%) vieron las proporciones más altas de PVCV cuya necesidad de cuidado médico de VIH no fue cubierta en el año 2020.

**Ilustración 9: Necesidad no cubierta por Región de Salud, 2020**



**ESTIMADOS DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL VIH EN PUERTO RICO: 2016 – 2020**

Para el periodo de los años 2016 al 2020 la incidencia de casos de VIH en Puerto Rico ha disminuido (Gráfica 17). La incidencia se refleja mayor en los hombres (83%), en personas entre las edades de 25 a 34 años (29%) y en hombres que han tenido sexo con hombres sin condón (64%) (Gráfica 18).

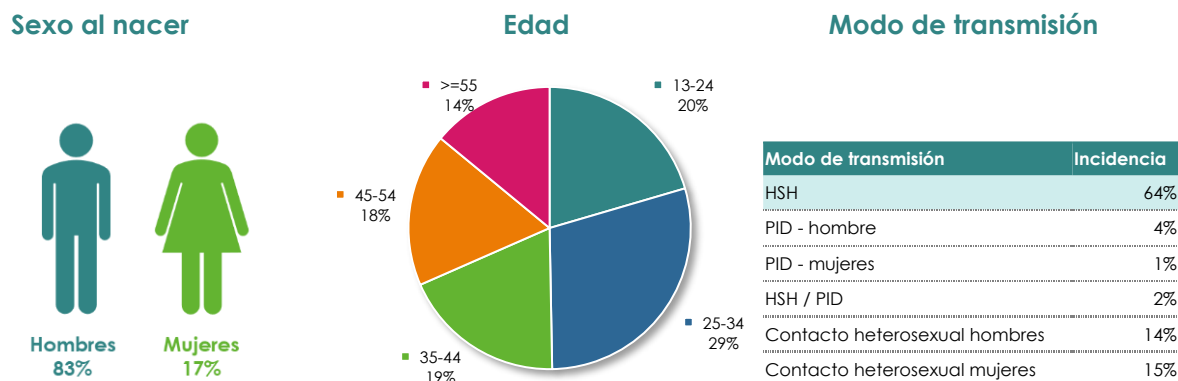
**Gráfica 17: Estimados de Incidencia de VIH de Adolescentes y Adultos ≥13 Años, PR 2016 – 2020**



**Nota:** Estimados basados en el modelo de estimación de CD4 desarrollado por el CDC, según los datos reportados hasta el 30 de junio del 2022. Song R, Hall HI, Green TA, Swarcwald CL, Pantazis N. Using CD4 data to estimate HIV incidence, prevalence, and percent of undiagnosed infections in the United States. J Acquir Immune Defic Syndr 2017;74(1):3-9. doi:10.1097/QAI.0000000000001151.

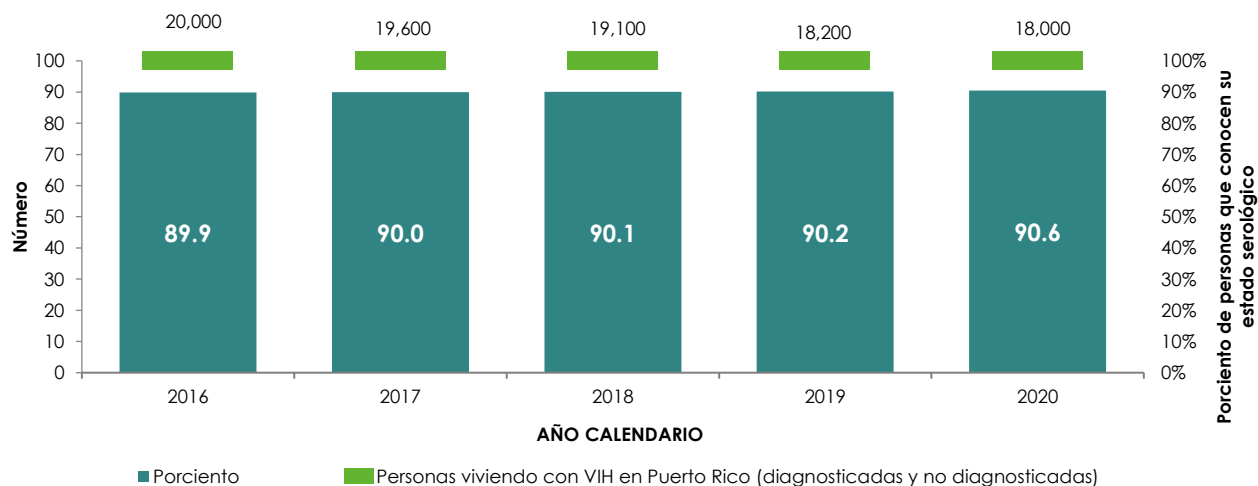
Fuente: Programa Vigilancia de VIH, Oficina de Epidemiología e Investigación, Departamento de Salud de Puerto Rico

**Gráfica 18: Estimados de Incidencia de VIH de Adolescentes y Adultos ≥13 Años, por Sexo al nacer, Edad y Modo de Transmisión, PR, 2016 – 2020**



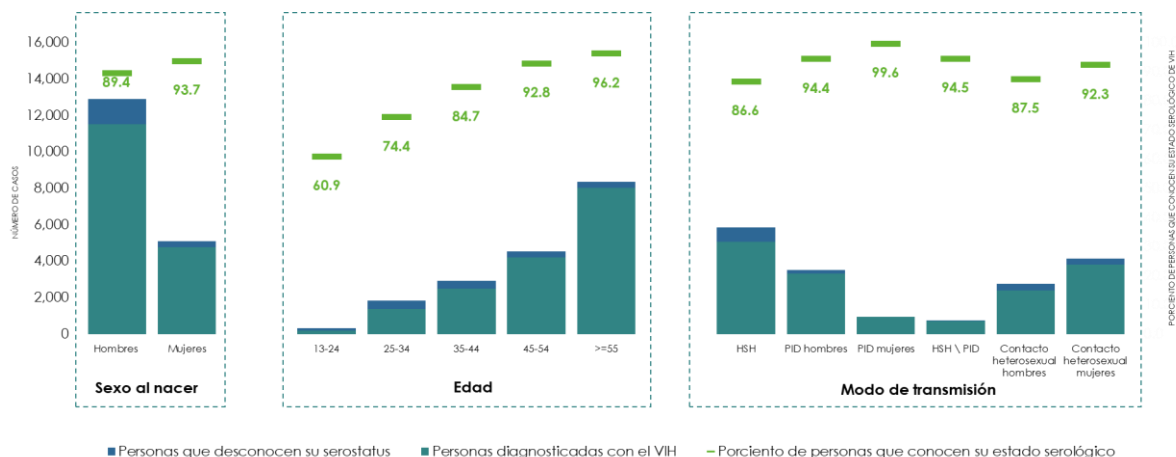
Durante el periodo acumulado del 2016 al 2020, el porcentaje de personas con diagnóstico positivo al VIH que conocen su estado serológico se mantiene en aumento de un 89.9% para el 2016 a un 90.5% para el 2020 (Gráfica 19). Dentro de esto, 1,400 hombres, 790 hombres que tuvieron sexo con otros hombres y 470 personas dentro de las edades de 25 a 34 años desconocen su estado serológico (Gráfica 20).

**Gráfica 19: Estimados de Prevalencia de VIH y Porcentaje de Personas que Conocen su Estado Serológico, PR 2016 – 2020**





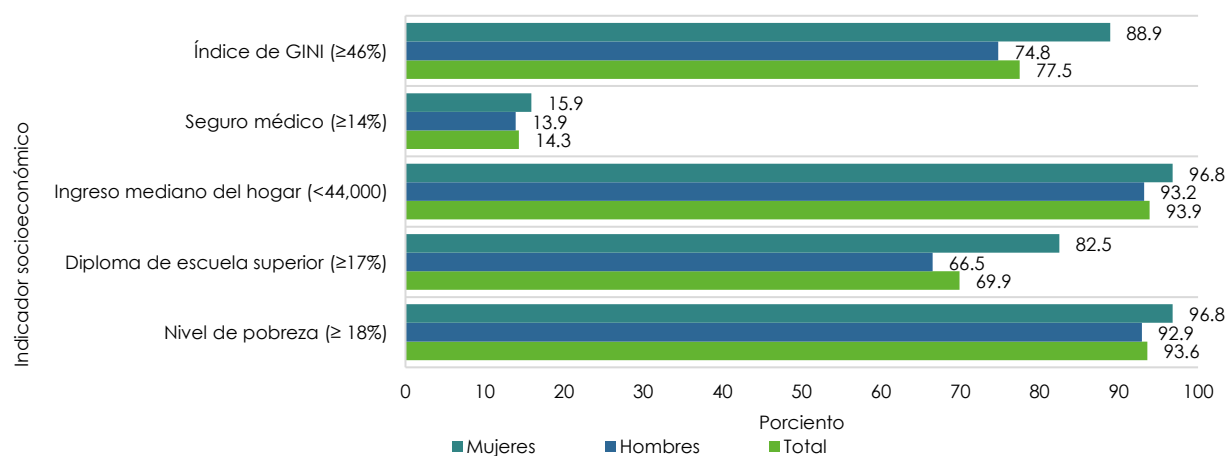
**Gráfica 20: Estimados de prevalencia de VIH y porcentaje de personas que conocen su estado serológico, por sexo al nacer, edad y modo de transmisión, PR 2020**



**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL VIH PUERTO RICO, 2019**

Un 88.9% de las mujeres con diagnóstico positivo de VIH sufre de inequidad en sus ingresos, mientras 93.9% de las personas con un diagnóstico de VIH se encuentran con un ingreso mediano en el hogar. Solo el 69.9% de las personas cuentan con diploma de escuela superior y más del 93% de las personas con diagnóstico de VIH en Puerto Rico viven bajo el nivel de pobreza (Gráfica 21). Las variables de cada indicador SDH se categorizaron utilizando cuartiles derivados empíricamente, y cada punto de corte del cuartil se redondeó al entero más cercano. Los puntos de corte del cuartil se determinaron utilizando datos de todos los tramos censales en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico<sup>2</sup>.

**Gráfica 21: Indicadores Socioeconómicos de las Personas Diagnosticadas con el VIH en PR, 2019**



<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health among adults with diagnosed HIV infection, 2019. HIV Surveillance Supplemental Report 2022;27 (No. 2). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published March 2022. Accessed [08/01/2022].

**Nivel educativo:** Porcentaje de personas residiendo en el tramo censal con la proporción mas baja de graduados de escuela superior o su equivalente.

**Ingreso mediano del hogar:** Ingreso mediano del hogar de personas residiendo en el tramo censal es menor a 44,000 dólares anuales.

**Índice de GINI:** Mide la inequidad de ingreso de personas residiendo en el tramo censal y es mayor o igual al 46%.

**Nivel de pobreza:** Porcentaje de personas residiendo en el tramo censal viviendo por debajo del nivel de pobreza federal es igual o mayor al 18%.

**Cobertura de seguro médico:** Porcentaje de personas residiendo en el tramo censal con la proporción de cobertura de seguro médico es mayor igual o mayor al 14%.

NATIONAL HIV BEHAVIORAL SURVEILLANCE (NHBS) DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE VIH

El Estudio de la Conducta (ECO) es financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Este estudio se lleva a cabo en 20 Áreas Estadísticas Metropolitanas Elegibles (AMES) en los Estados Unidos y Puerto Rico. Es conocido a nivel nacional como el Sistema Nacional de Vigilancia del Comportamiento del VIH (NHBS, por sus siglas en inglés).

NHBS es una encuesta anónima transversal en poblaciones de alto riesgo para la infección del VIH: “Venue Based Sampling” (VBS), Hombres que tienen Sexo con Hombre (HSH); y “Respondent Driven Sampling” (RDS) Usuarios de Droga Intravenosa (IDU o PWID) y Heterosexuales a Alto Riesgo (HET). Esta es realizada en 21 AMEs en Estados Unidos y Puerto Rico. En el caso de Puerto Rico, responde al Área Metropolitana Elegible de San Juan, compuesta por 30 municipios principalmente del Área Metropolitana y Este.

Ilustración 10: AME San Juan



La tabla 5 presenta las características demográficas del último ciclo de la población de HSH para el año 2017. Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron un

total de 276 participantes en 2017. La edad media fue de 38,78 ( $\pm$  12,65) años y los primeros tres grupos de edad predominantes fueron el de 45 años o más con un 40% seguido por el de 25 a 34 años y el de 18 a 24 años con 30% y 15%, respectivamente. En cuanto a la educación, menos de un tercio de los participantes tienen un diploma de escuela secundaria o menos educación y el 62% de los participantes cuentan con un nivel educativo superior o un bachillerato. Aproximadamente el 75% de la muestra informaron estar empleados en el momento de la entrevista. Además, el 61% de los participantes informaron tener un ingreso familiar igual o superior a \$ 20,000 en un año. Más de tres cuartas partes de los participantes informaron tener cobertura de seguro de salud en el momento de la entrevista. En cuanto a la orientación sexual, el 80% de los participantes se identifican como homosexuales.

**Tabla 5: Características sociodemográficas entre la población de HSH, para el Quinto ciclo de NHBS, 2017**

Características	2017 n = 276 No. (%)
Edad, años	38.78 $\pm$ 12.65
18-24	42 (15.2)
25-34	84 (30.4)
35-44	40 (14.5)
$\geq$ 45	110 (39.9)
Educación	
Escuela superior o menos	33 (12.0)
Algo de Universidad, escuela técnica o grado asociado	72 (26.1)
BS o educación superior	171 (62.0)
Actualmente empleado	
No <sup>a</sup>	79 (28.6)
Yes	197 (71.4)
Ingreso del Hogar <sup>d</sup>	
\$0-\$19,999	108 (39.3)
$\geq$ \$20,000	167 (60.7)
Actualmente tiene Seguro de Salud <sup>d</sup>	
No	36 (13.0)
Sí	240 (87.0)
Identidad Sexual	
Heterosexual	7 (2.6)
Homosexual	228 (82.9)
Bisexual	40 (14.5)
Lugar de reclutamiento	
Bar/Discooteca	175 (63.4)
Sex environments	28 (10.1)
Otro <sup>e</sup>	73 (26.5)

<sup>a</sup> Incluye estudiantes de tiempo completo, amas de casa, jubilados, discapacitados y otros empleos no especificados. <sup>d</sup> No todas las columnas suman el 100% debido a la falta de valores o redondeo. <sup>e</sup> Incluye cafés, restaurantes, parques, playas, organizaciones sociales, negocios minoristas, ubicaciones de calles y otros lugares donde los participantes se congregaron.

La Tabla 6 presenta las características sociodemográficas en personas que se inyectan droga (PID) para el quinto ciclo de NHBS. Un total de 500 participantes fueron reclutados durante el quinto ciclo de NHBS en la Región Estadística Metropolitana de San Juan. Del total de participantes, el 84% mencionó considerarse a sí mismo de género hombre, mientras la orientación sexual predominante entre los participantes fue heterosexual con un 87%. Los grupos de edad más predominantes lo son el de 40 a 49 años, 30 a 39 años y por último el de 50 a 59 años con un 35%, 27% y 34%, respectivamente. Al menos un 37% de la muestra, mencionaron tener estudios equivalentes al décimo grado escolar y un 22% mencionaron tener un grado asociado, técnico o más. Casi tres partes de la muestra, el 76%, reportaron estar desempleado al momento de la entrevista y el 81% de los participantes mencionó tener un ingreso menor o igual a \$4,999. En cuanto al Plan médico, el 63% reportó tener algún tipo de plan médico. De los participantes, solo el 12% reportó haber estado encarcelado en los pasados 12 meses previo a la entrevista y el 44% reportó estar sin hogar al momento de la entrevista.

**Tabla 6: Características sociodemográficos en PID para el quinto ciclo de NHBS, PR 2018**

Características	2018 N = 500 n (%)
Género	
Hombre	420 (84.0)
Mujer	76 (15.2)
Transgénero	4 (0.8)
Edad en entrevista (Media ± DE)	45 ± 10
18-24 años	4 (0.8)
25-29 años	30 (6.0)
30-39 años	135 (27.0)
40-49 años	174 (34.8)
50-59 años	118 (23.6)
≥ 60 años	39 (7.8)
Educación <sup>d</sup>	
Octavo grado o menos	102 (20.4)
Noveno a undécimo grado	99 (19.8)
Décimo grado o equivalente	187 (37.4)
Grado asociado, técnico o más	111 (22.2)
Estatus de empleo	
Empleado	40 (8.0)
Discapacitado para trabajar	56 (11.2)
Desempleado	381 (76.2)
Otro <sup>a</sup>	23 (4.6)
Ingreso Anual <sup>d</sup>	
≤ \$4,999	403 (80.6)
\$5,000-\$9,999	53 (10.6)
≥ \$10,000	41 (8.2)
Plan de salud <sup>d</sup>	
No	184 (36.8)

Características	2018 N = 500 n (%)
Sí	316 (63.2)
Orientación sexual <sup>d</sup>	
Heterosexual	434 (86.8)
Homosexual	7 (1.4)
Bisexual	58 (11.6)
Encarcelado, p12m <sup>d</sup>	
No	343 (68.6)
Sí	62 (12.4)
Actualmente sin hogar <sup>d</sup>	
No	100 (20.0)
Sí	223 (44.6)

- ª Incluye estudiantes a tiempo completo/parcial, retirado/jubilado, encargado de los quehaceres del hogar y otros estados laborales no especificados. <sup>d</sup> Celdas no suman a 100% dado la presencia de valores ausentes. Nota: Pasados 12 meses (p12m) se refiere a los 12 meses previo a la entrevista de NHBS.

La Tabla 7 presenta los tipos de droga inyectable utilizadas en personas que utilizan drogas inyectables durante los pasados doce meses previos a la entrevista para el quinto ciclo de NHBS en el año 2018. La droga inyectable más utilizada durante los pasados 12 meses fue la heroína y cocaína juntas, conocido como "speedball", con un 85% de los participantes. Esto fue seguido por el uso de heroína y la cocaína, cada una por separadas, en los pasados 12 meses con un 63% y 44% respectivamente. Durante los pasados 12 meses previo a la entrevista, el uso de crack fue reportado un 16%, el uso del opioide en un 12% y el uso de las metanfetaminas cristalina en un 10% por los participantes del estudio.

**Tabla 7: Tipo de droga inyectable utilizada en PID durante los pasados 12 meses, para el quinto ciclo de NHBS, PR 2018**

Tipo de Droga inyectable	2018 N = 500 n (%)
Heroína y cocaína (speedball) en los p12m	
No	73 (14.6)
Sí	427 (85.4)
Heroína en los p12m <sup>d</sup>	
No	183 (36.6)
Sí	316 (63.2)
Cocaína en polvo en los p12m	
No	278 (55.6)
Sí	222 (44.4)
Crack en los p12m <sup>d</sup>	
No	419 (83.8)
Sí	81 (16.2)
Metanfetamina cristalina en los p12m <sup>d</sup>	
No	447 (89.4)

Tipo de Droga inyectable	2018 N = 500 n (%)
Sí	50 (10.0)
Opioide (Oxycontin) en los p12m <sup>d</sup>	
No	438 (87.6)
Sí	61 (12.2)

<sup>d</sup> Celdas no suman a 100% dado la presencia de valores ausentes. Nota: Pasados 12 meses (p12m) se refiere a los 12 meses previo a la entrevista de NHBS

Por otra parte, la Tabla 4 presenta los tipos de droga inyectable utilizada en las personas que se utilizan drogas inyectables diariamente durante el quinto ciclo de NHBS en Puerto Rico para el año 2018. La droga inyectable más utilizada diariamente fue la heroína y cocaína ("speedball"), con un 76% de los participantes. Esto fue seguido por el uso de heroína con un 54%. Los participantes también reportaron utilizar de manera diaria cocaína en polvo con un 35%, el crack con un 11% y las metanfetaminas cristalinas y los opioides con un 7% de uso.

**Tabla 8: Tipo de droga inyectable utilizada diariamente en PID, durante los pasados 12 meses, para el quinto ciclo de NHBS, PR 2018**

Tipo de droga inyectable diariamente	2018 N = 500 n (%)
Heroína y cocaína (speedball)	
No	119 (23.8)
Sí	381 (76.2)
Heroína	
No	230 (46.0)
Sí	269 (53.8)
Cocaína en polvo	
No	324 (64.8)
Sí	176 (35.2)
Crack	
No	446 (89.2)
Sí	54 (10.8)
Metanfetamina cristalina	
No	460 (92.0)
Sí	37 (7.4)
Opioide (Oxycontin)	
No	463 (92.6)
Sí	36 (7.2)

<sup>d</sup> Celdas no suman a 100% dado la presencia de valores ausentes

### 3. INVENTARIO DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL VIH

Esta sección provee un inventario de los recursos disponibles en Puerto Rico para satisfacer las necesidades de vigilancia, prevención y tratamiento asociadas al VIH. Se incluyen las entidades que proveen servicios, así como las fuentes de fondos locales y federales disponibles para atender las distintas etapas del Continuo de Cuidado del VIH.

En ese marco, se discuten también las fortalezas y debilidades del sistema de provisión de servicios, incluyendo la estrategia para coordinar servicios relacionados con el uso problemático de sustancias y la salud mental.

---

## ORGANIZACIONES Y AGENCIAS QUE PROVEEN SERVICIOS RELACIONADOS A LA PREVENCIÓN Y CIUDADO DEL VIH

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 la 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 las personas que residen en Puerto Rico. 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.

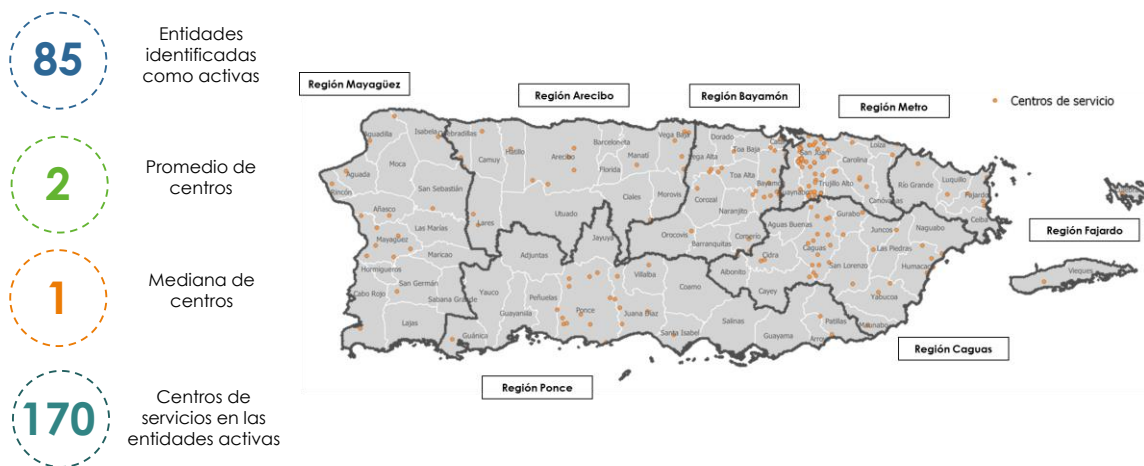
A base de ese marco normativo, el Departamento de Salud de Puerto Rico es la agencia responsable de la vigilancia de los casos de VIH y de desarrollar e implementar las políticas públicas relacionadas al tema. Para atender esta área de responsabilidad, la agencia cuenta con el Programa de Medicaid, el cual establece los lineamientos para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno para los beneficiarios con un diagnóstico positivo de VIH o SIDA conforme al PR Medicaid State Plan; la División de Epidemiología y su Programa de Vigilancia VIH o SIDA; y la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud, 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 o SIDA:

- División de Prevención ITS/VIH/Hepatitis Virales
- Programa Ryan White Parte B/ADAP
- Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles
- Unidad de Farmacia
- Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con diagnóstico positivo al VIH o SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés)
- Programa para el control de la Tuberculosis

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, para proveer servicios integrales y comprensivos vinculados a la vigilancia del VIH, prevención y tratamiento en Puerto Rico, así como la provisión de servicios de apoyo.

Según el inventario de Proveedores de Servicios de VIH e ITS, publicado en 2021 como parte de las actividades del plan integrado de 2017-2021, y revisado para efectos de este proceso de planificación, en Puerto Rico se identificaron un total de 85 entidades activas que proveen servicios vinculados al VIH. Estas entidades, tanto públicas, como privadas, tienen un promedio de 2 centros o instalaciones desde las cuales brindan servicios, lo cual plantea un total de 170 centros de servicios a través de la Isla.

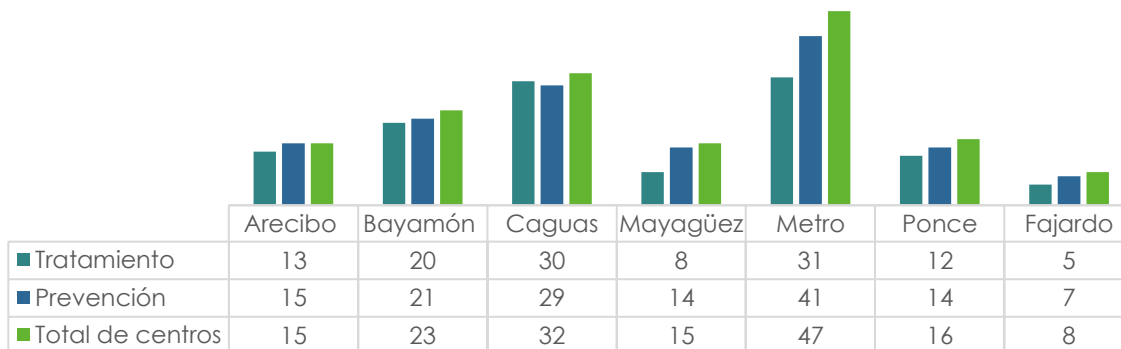
**Ilustración 11: Organizaciones que proveen servicios vinculados al VIH en Puerto Rico**



Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

Al examinar la ubicación de los centros de servicio por región del Departamento de Salud se observan diferencias. Según se ilustra en la próxima gráfica y tablas, en el Área Metropolitana ubica una proporción significativamente mayor, al compararlo con otras regiones de la Isla. De hecho, como se menciona más adelante, en los talleres llevados a cabo se reconoció que durante los pasados años ha habido un avance con respecto a la cobertura de servicios en términos geográficos, pero que persisten diferencias por regiones.

**Gráfica 22: Centros por tipo de servicios y área geográfica de ubicación**



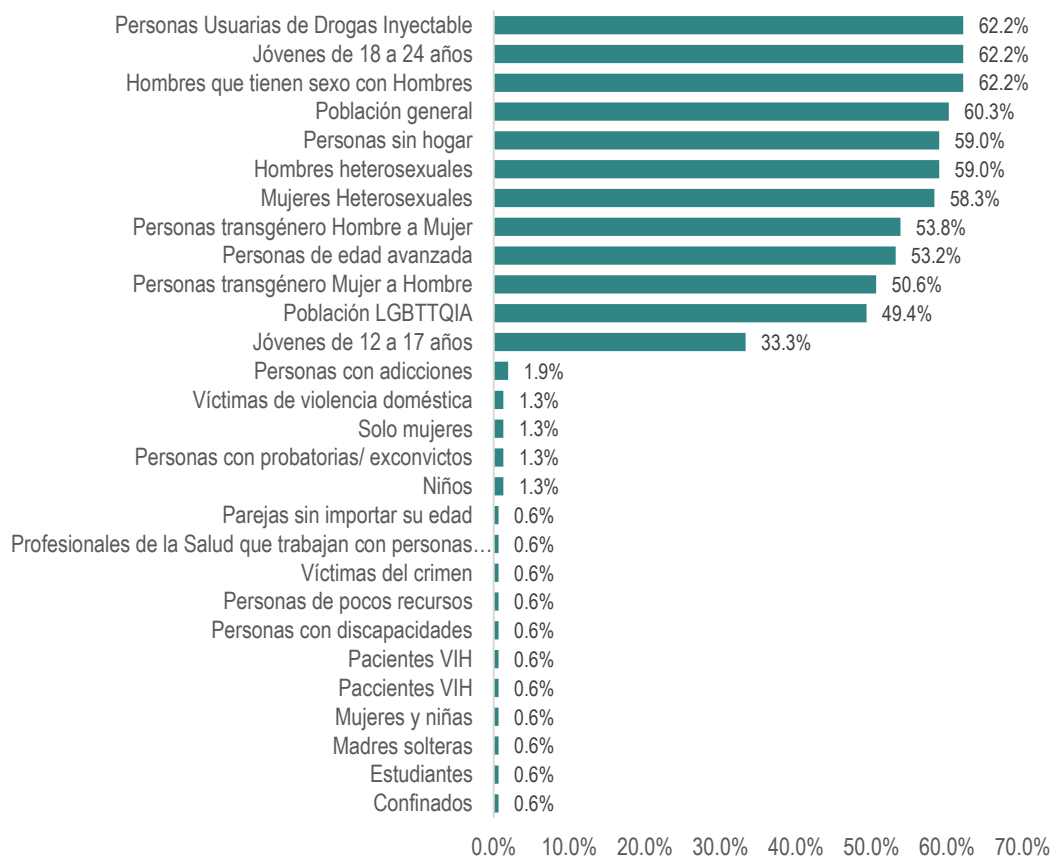


Región	Total centros por región		Total centros tratamiento		Total centros prevención	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Arecibo	15	9.6%	13	10.9%	15	10.6%
Bayamón	23	14.7%	20	16.8%	21	14.9%
Caguas	32	20.5%	30	25.2%	29	20.6%
Mayagüez	15	9.6%	8	6.7%	14	9.9%
Metro	47	30.1%	31	26.1%	41	29.1%
Ponce	16	10.3%	12	10.1%	14	9.9%
Fajardo	8	5.1%	5	4.2%	7	5.0%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>100.0%</b>	<b>119</b>	<b>100.0%</b>	<b>141</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

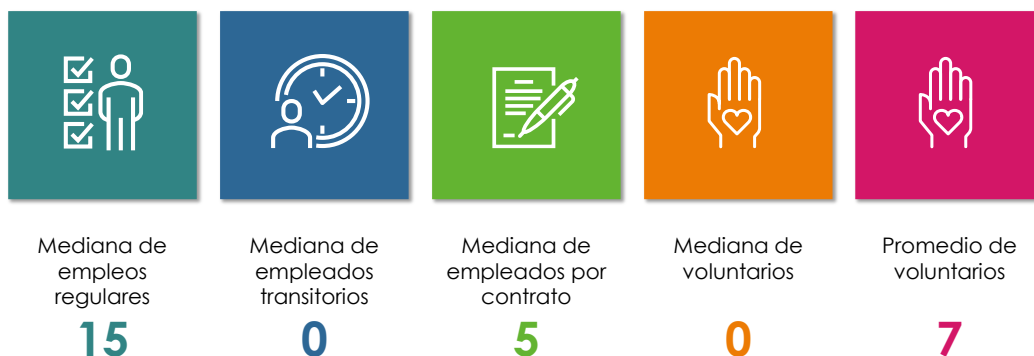
Estas entidades ofrecen servicios a la población general y aquellas que están en mayor riesgo de infecciones por VIH/ITS. Los servicios son provistos por profesionales de la salud multidisciplinarios, incluyendo educadores en salud, médicos, manejadores de caso, profesionales del área clínica, profesionales de las ciencias de la conducta, entre otros. La mediana de personas que sirven las entidades que proveen servicios de prevención, oscila en los 300 casos, mientras que en el caso de las que brindan servicios de cuidado clínico son alrededor de 100.

**Gráfica 23: Por ciento de entidades que indicaron proveer servicios por tipo de población**



Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

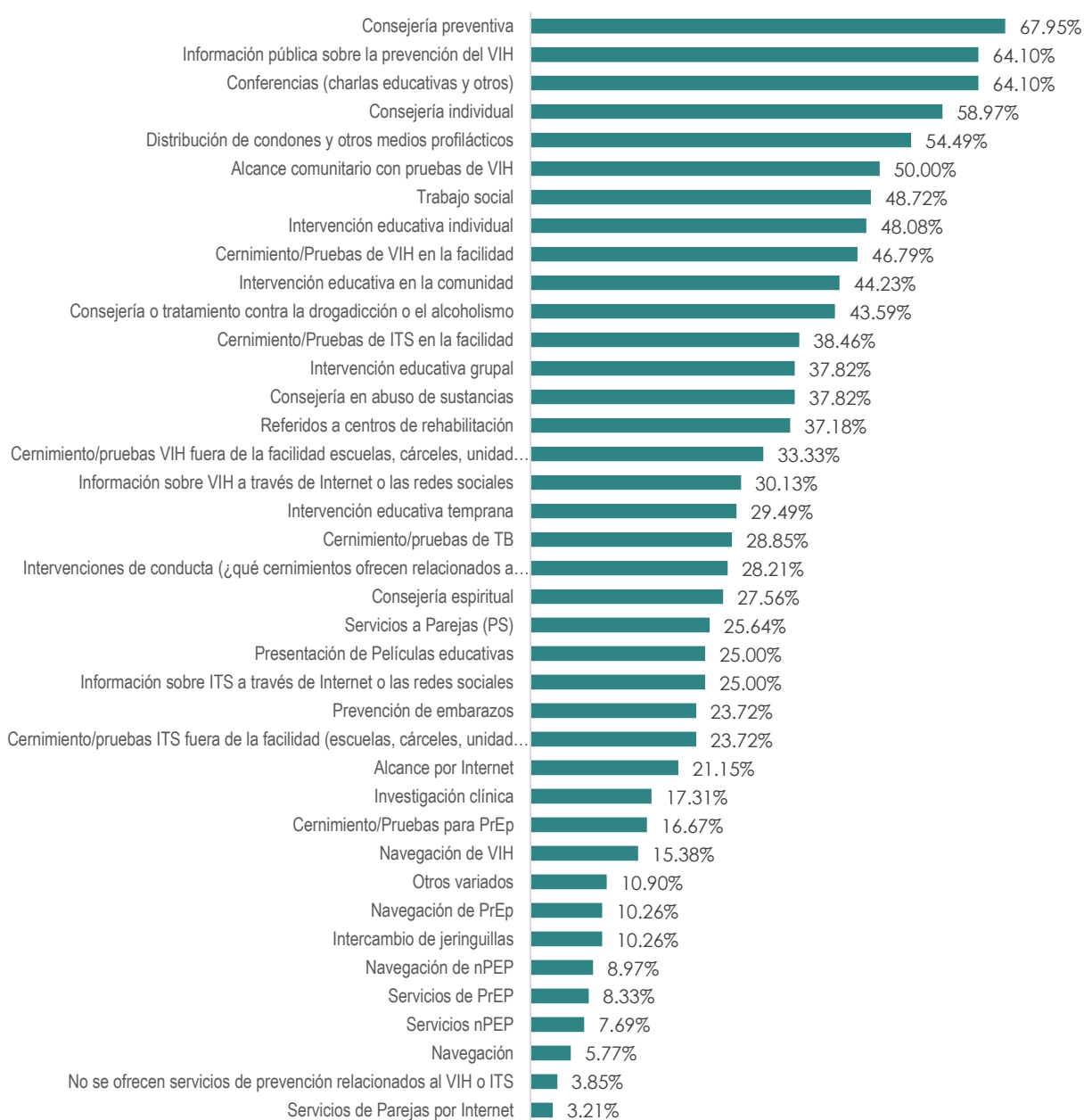
### Gráfica 24: Recursos humanos con los que cuentan para la provisión de servicios



Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

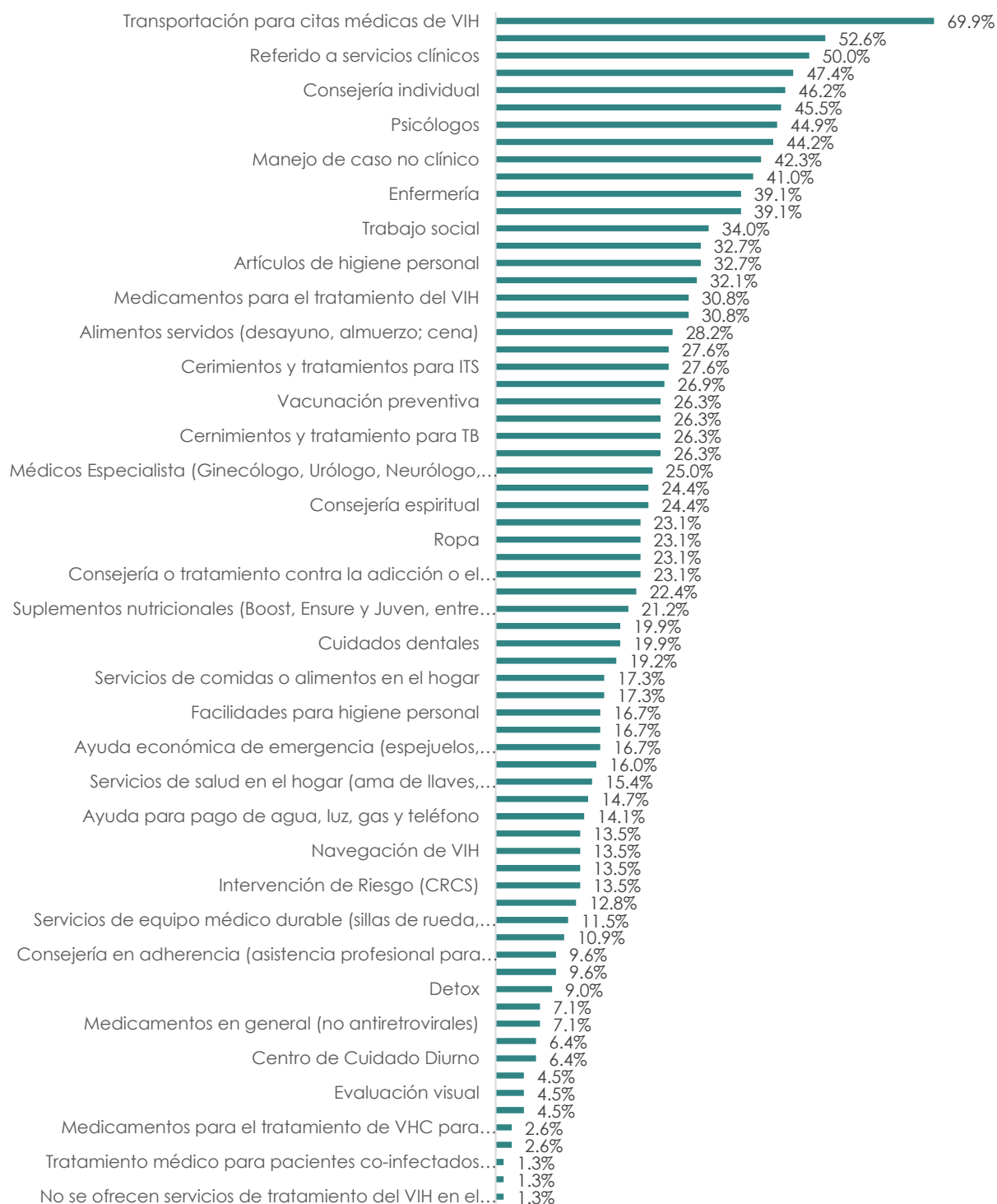
En términos de los servicios que se proveen a estas poblaciones, se identificó que 84% de los centros identificados proveen servicios relacionados con el diagnóstico y la prevención del VIH, mientras que 71% brinda algún servicio vinculado al cuidado del VIH, incluyendo servicios de tratamiento y de apoyo.

**Gráfica 25: Servicios de diagnóstico y prevención que proveen los centros identificados**



Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

**Gráfica 26: Servicios de tratamiento que proveen los centros identificados**



Fuente: Directorio de servicios de VIH, ITS, Hepatitis Viral y TB (2021. Revisado a 2022).

Con respecto a la integración de servicios de salud mental y uso problemático de sustancias estos se coordinan a través de organizaciones de base comunitaria que proveen servicios a la población, así como la Administración de Servicios de Salud

Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). ASSMCA, creada mediante la Ley Núm. 67-1993, según enmendada, adscrita al Departamento de Salud, es la agencia del Gobierno de Puerto Rico con la responsabilidad primaria de llevar a cabo los programas de prevención, atención, mitigación y solución de los problemas de salud mental y adicción o dependencia a sustancias con el fin de promover y conservar la salud biopsicosocial del pueblo. Su misión es garantizar la prestación de servicios integrados de salud mental de óptima calidad, costo efectivos y basados en evidencia mediante el desarrollo e implementación de estrategias innovadoras ofrecidas en un ambiente de respeto y diversidad. ASSMCA cuenta con la Clínica de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos, a través de la cual se proveen servicios específicos dirigidos a la población con un diagnóstico positivo al VIH, así como poblaciones en riesgo de contraer el virus. Estos servicios incluyen alcance comunitario con pruebas de VIH, consejería individual, consejería preventiva, trabajo social, entre otros.

---

## FUENTES DE FONDOS Y APALANCAMIENTO DE RECURSOS

La tabla que se presenta a continuación incluye una descripción de los recursos financieros disponibles en la jurisdicción, provenientes del gobierno federal y el gobierno local. En el caso de las organizaciones sin fines de lucro estas también pueden acceder fondos a través de fundaciones y otras entidades filantrópicas. Durante los pasados años, Puerto Rico ha enfrentado grandes desafíos con respecto a la situación fiscal. En un entorno cada vez más complejo en términos sociales, económicos y ambientales, la demanda por servicios sociales y de salud provistos desde el estado y las organizaciones sin fines de lucro aumenta, mientras que los recursos para proveerlos son cada vez más finitos. En esa dirección, resulta apremiante la identificación de las fuentes disponibles y modos en que los recursos pueden apalancarse para lograr un mayor impacto.

La información que se incluye sobre los fondos federales disponibles responde a las asignaciones anuales, según reportadas en *USA Spending.gov*. La información de sobre los fondos locales, proviene de la Oficina de Gerencia y Presupuesto del Gobierno de Puerto Rico y la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud del Departamento de Salud.

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
CDC	HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based	\$1,283,250	Departamento de Salud	N/A	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 del VIH entre las organizaciones de base comunitaria, las agencias que brindan servicios de educación y prevención de VIH y las organizaciones públicas, incluyendo los departamentos de salud locales y estatales y agencias de abuso de sustancias.								
CDC	HIV Prevention Activities Health Department Based	\$8,536,319	Departamento de Salud	N/A	Los fondos que provee este programa pueden ser utilizados para apoyar, implementar y evaluar programas de prevención 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	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
CDC	Epidemiologic Research Studies of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups	\$350,000	Departamento de Salud	N/A	Provee fondos para la investigación epidemiológica del VIH.								
CDC	Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance	\$791,421	Departamento de Salud	N/A	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) en las áreas estadísticas metropolitanas con mayor prevalencia del VIH en los Estados Unidos.								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
CDC	Viral Hepatitis Prevention and Control	\$315,000	Departamento de Salud	N/A	Provee fondos para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del Hepatitis Viral, así como para la diseminación de información para entender las tendencias y desarrollar intervenciones de prevención y salud para responder a las hepatitis A, B y C.								
CDC	Strengthening STD Prevention and Control for Health Departments (STD PCHD)	\$2,077,490	Departamento de Salud	N/A	Prevenir y controlar las tres principales ITS: clamidia, gonorrea y sífilis. El fondo apoya estrategias y actividades para: eliminar la sífilis congénita; prevenir la gonorrea resistente a los antibióticos; reducir la sífilis primaria y secundaria; prevenir la enfermedad inflamatoria pélvica relacionada con las ITS, el embarazo ectópico y la infertilidad; abordar los brotes relacionados con las ITS; y reducir las disparidades sanitarias relacionadas con las ITS. Las poblaciones								



Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
					prioritarias son los adolescentes y los adultos jóvenes, los HSH y las mujeres embarazadas.								
CDC	DIS Workforce Development	\$1,917,681	Departamento de Salud	N/A	El objetivo de la inversión es apoyar las necesidades de respuesta a los brotes del siglo XXI mediante 1. Ampliar y mejorar el personal de salud pública de primera línea 2. Llevar a cabo la formación y el desarrollo de habilidades del personal del DIS 3. Creación de capacidad organizativa para la respuesta a los brotes 4. Evaluar y mejorar los esfuerzos de contratación, formación y respuesta a los brotes.								
CDC	Integrated HIV Programs for Puerto Rico Department of Health to Support Ending the HIV	\$2,011,055	Departamento de Salud	1	Asegurar la coordinación e implementación del plan nacional para la Eliminación de VIH en Puerto Rico.								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
	Epidemic in San Juan, Puerto Rico												
HRSA	HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)	\$10,786,318	Municipio de San Juan	22	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 sindemia 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 con un diagnóstico positivo al VIH y sus familias.								
HRSA	Ending the HIV Epidemic: A Plan for America — Ryan White HIV/AIDS Program Parts A	\$1,514,034	Municipio de San Juan	1	Provee fondos aplicar estrategias, intervenciones, enfoques y servicios eficaces e innovadores para alcanzar los								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
					objetivos de la iniciativa EHE.								
HRSA	HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)	\$28,198,074	Departamento de Salud	8	<p><b>Servicios clínicos medulares:</b> Servicios de salud ambulatorios, Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad, terapia médica nutricional, salud oral, y manejo de casos clínicos.</p> <p><b>Servicios de apoyo:</b> manejo de casos no-clínicos, servicios de alcance, ayuda económica de emergencia, banco de alimentos/ comidas a domicilio, vivienda, transportación para apoyar que una persona con diagnóstico positivo de VIH pueda lograr mejores resultados de salud.</p>								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
HRSA	Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)	\$6,750,283	10 organizaciones sin fines de lucro	N/A	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 médica y cuidado clínico; 3) otros servicios de atención primaria; 4) referidos a otros servicios de salud.								
HRSA	Coordinated HIV Services and Access to Research for Women, Infants, Children, and Youth (Ryan White Parte D)	\$945,127	2 (organización sin fines de lucro e institución de educación superior)	N/A	Proveer cuidado médico primario centrado en la familia y servicios de apoyo para las mujeres, infantes, niños(as) y jóvenes con diagnóstico positivo de VIH.								
HRSA	FY 2022 RWHAP Part F Dental Reimbursement Program (DRP) Grant Awards	\$27,931	1 institución de educación superior	N/A	Programa de reembolso de servicios dentales								
HUD	Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)	\$8,158,968	Departamento de Salud & Municipio de San Juan		El programa tiene la encomienda a través del Cuidado Continuo ("Continuum of Care") bajo los fondos HOPWA de coordinar,								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en el cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
					establecer e implementar servicios en Asistencia en Vivienda complementando con Servicios de Apoyo.								
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)	\$2,194,415	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción		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 organizaciones de base comunitaria para proporcionar programas de prevención integrados para el abuso de sustancias, la hepatitis C y VIH.								

Descripción de los fondos						Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Cantidad de fondos \$	Recipientes	Subrecipientes	Servicios brindados	Vigilanci	Prevenci	Diagnósti	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
<b>Gran Total Fondos Federales*</b>													
Asignaciones del Estado	Varios	\$5,348,597.53	N/A	N/A	Servicios de vigilancia, prevención, tratamiento y servicios de apoyo, provistos a través de agencias del Gobierno Estatal.								
Asignación Estatal	Cuidado Diurno y servicios a Deambulantes	429,500	Departamento de Salud	10	Auspicio a OBC para la provisión de servicios albergue, vivienda transitoria, cuidado diurno, servicios de cernimiento de VIH y reducción de daños. Así como servicios de intervenciones de prevención y tratamiento para poblaciones especiales.								

## A. FORTALEZAS Y BRECHAS

Durante los pasados años, el Gobierno de Puerto Rico, en coordinación con una multiplicidad de actores de diversos sectores y la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, han enfocado sus esfuerzos en fortalecer el sistema de provisión de servicios de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH. Este esfuerzo multisectorial tuvo como meta asegurar que todas las personas conozcan de su estado serológico, prevenir los nuevos diagnósticos y que las personas con un diagnóstico positivo al VIH puedan alcanzar su máximo potencial de salud y gocen de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales humanos y legales. Entre estos esfuerzos se encuentran la promoción de prácticas innovadoras y basadas en evidencia en la provisión de servicios, capacitación al recurso humano y la diversificación de servicios por tipo y áreas geográficas. Sin embargo, debido al contexto actual en Puerto Rico, el perfil de la sindemia y los cambios que han ocurrido en la demografía y el entorno social y económico, persisten brechas en la provisión de servicios. Estas brechas se relacionan con la falta de recursos económicos y la cobertura a nivel geográfica para atender una demanda que ha cambiado en términos de su naturaleza y magnitud. Las áreas principales en las que se identificaron brechas durante el proceso de planificación integrada, se relacionan con:

- Cobertura y acceso a intervenciones o estrategias de prevención, incluyendo PrEP y el Intercambio de jeringuillas;
- Tratamiento para el uso problemático de sustancias, incluyendo drogas inyectables y no inyectables;
- Pruebas rutinarias en escenarios no clínicos;
- Servicios vinculados a la salud mental;
- Transportación a servicios; y
- Servicios con base en el hogar para poblaciones con problemas de movilidad, como son los/as/es adultos mayores
- Otros servicios dirigidos a atender determinantes sociales de la salud y necesidades socioeconómicas de los participantes como, por ejemplo, vivienda, alimentos y nutrición, asistencia en utilidades y otros servicios de apoyo.

Por otro lado, al igual que en otras jurisdicciones, Puerto Rico enfrenta una serie de retos relacionados con el capital humano, incluyendo escasez del recurso humano en particular de profesionales de la salud en áreas de especialidad clínica (Médicos tratantes de VIH, Profesionales de la salud mental, Dentistas y Nutricionistas, entre otros), fenómeno del *burn-out* debido precisamente a la escasez de personal, nivel de conocimiento sobre el VIH y barreras actitudinales o relacionadas con el manejo de un lenguaje inclusivo y culturalmente sensible. De hecho, en el estudio de necesidades de capacitación más reciente de NECA/AETC (2022), se identificaron una serie de temas en los que los profesionales de la salud requieren de adiestramiento. Estos incluyen: salud conductual (19,2%); compromiso con la atención (16.5%); terapia antirretroviral (16.2%); Hepatitis C (14,1%); supresión viral (14.0%); enlace a cuidado (13,5%) pruebas de VIH (10.5%); salud oral 9.0%.

## B. ACERCAMIENTOS Y COLABORADORES

Para efectos del desarrollo del inventario de recursos presentado en esta sección, se combinaron distintas fuentes de información, incluyendo una revisión del directorio de servicios publicado en 2021, como parte de los proyectos del *Plan Integrado 2017-2021*, la encuesta a proveedores de servicios que se está llevando a cabo como parte del Estudio de Necesidades de la población con diagnóstico positivo al VIH para el Programa Ryan White Parte B, encuesta a proveedores del Estudio de Prevención del VIH, para la División de Prevención de VIH/ITS, Estudio de necesidades de capacitación de NECA/AETC (2022), entre otras fuentes. Estas fuentes de información también sirvieron para identificar actores y nuevos colaboradores para participar del proceso de planificación y de la implementación a futuro. Entre estos nuevos colaboradores se encuentran organizaciones vinculadas al sector comercial, sistemas de cuidado continuo para personas sin hogar y otras agencias gubernamentales y de base comunitaria que proveen servicios de apoyo a la población.

## 4. AVALÚO DE NECESIDADES

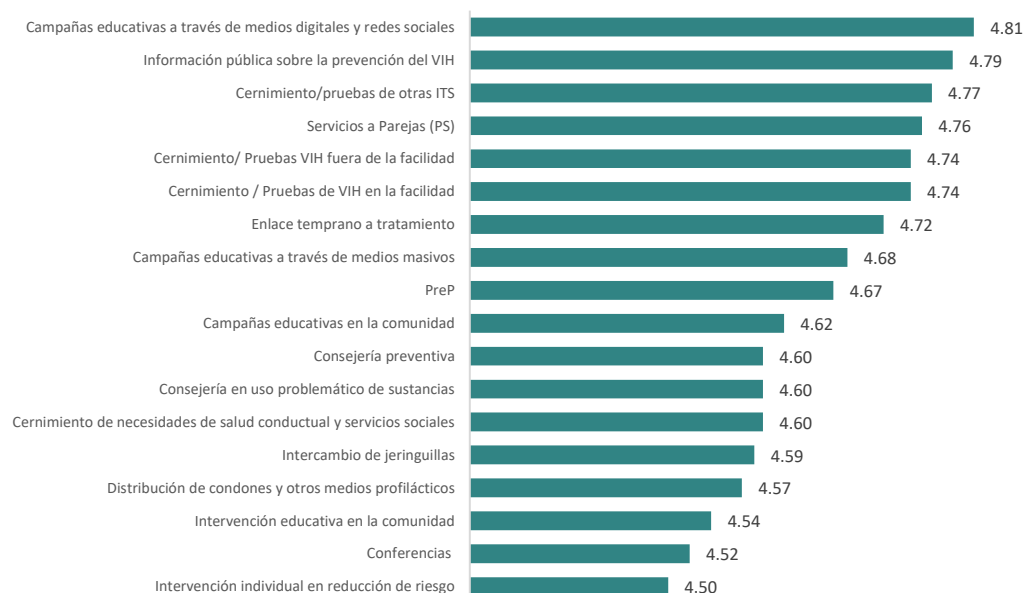
### A. SERVICIOS QUE NECESITAN LAS PERSONAS PARA ACCEDER LAS PRUEBAS DE VIH Y SEGUIR UN ESTATUS NEUTRAL EN LOS SERVICIOS

Como parte de los talleres de planificación integrada llevados a cabo, las personas participantes identificaron aquellos servicios que consideran importantes para lograr que las personas tengan acceso al diagnóstico y la prevención del VIH y puedan mantenerse negativas.

En general, la mayoría de los participantes entiende que todos los servicios examinados son importantes o muy importantes. Aquellos servicios que fueron valorados con el mayor nivel de importancia incluyen, campañas educativas a través de medios digitales y redes sociales (4.81), la disponibilidad de información pública para la prevención del VIH (4.79), cernimiento/pruebas de otras ITS (4.77) y servicios a parejas (PS) (4.76) y el cernimiento o pruebas fuera de la facilidad, así como en escenarios clínicos (4.74).



### Gráfica 27: Nivel de importancia de los distintos servicios vinculados a la prevención del VIH



Nota: la gráfica ilustra el promedio de puntuación obtenido, a base de una escala del 1 al 5 donde 5 significa el nivel mayor de importancia.

## B. SERVICIOS QUE NECESITAN LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH PARA PERMANECER EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL VIH Y LOGRAR LA SUPRESIÓN VIRAL

En esta sección se discuten los servicios que son necesarios para que las personas con diagnóstico positivo al VIH puedan permanecer en cuidado y tratamiento y puedan lograr la supresión viral. Como punto de partida, es importante presentar algunos de los aspectos más relevantes que se derivan del Estudio de Necesidades de las Personas con un Diagnóstico Positivo al VIH, que se encuentra realizando el Programa Ryan White Parte B. Dicho estudio combina diversos métodos de recopilación de datos, incluyendo una encuesta a personas en tratamiento que reciben servicios en proyectos de sub-recipientes de los fondos Parte B y a personas fuera de tratamiento<sup>3</sup>, entrevistas a profundidad con líderes de opinión y una encuesta a proveedores de servicios<sup>4</sup>.

Los datos preliminares del Estudio, en cuanto a la encuesta a la población con un diagnóstico positivo al VIH, muestran un perfil en el cual la mayoría de las personas en tratamiento son de género masculino (58.3%), tienen una mediana de edad de 57 años, son heterosexuales (72.3%), tienen un grado de escuela superior o 4to año y son solteros (49%). Además, cerca de la mitad se identifica con la raza blanca (48.2%), cerca de una tercera parte están jubilados/as o incapacitados/as (30.8%) y el ingreso anual se ubica

<sup>3</sup> Para propósitos del proceso de planificación integrada se consideraron los resultados preliminares de las encuestas realizadas a la fecha (410 de una muestra de 525).

<sup>4</sup> Para propósitos del proceso de planificación integrada se consideraron los resultados preliminares de las Encuestas realizadas a la fecha (23 proveedores de una muestra de 56).

en menos de \$15,000. Por otra parte, las personas fuera de tratamiento son del género masculino predominantemente (71.7%), tienen una mediana de edad de 55 años, son heterosexuales (62.3%), la mediana de nivel educativo se ubica en escuela superior / 4to año, soltero/a (56.6%), una proporción menor son de raza blanca (41.5%), algo más de una cuarta parte están empleados/as a tiempo completo (28.3%) y cuentan un ingreso anual menor que \$15,000.

**Tabla 9: Perfil demográfico**

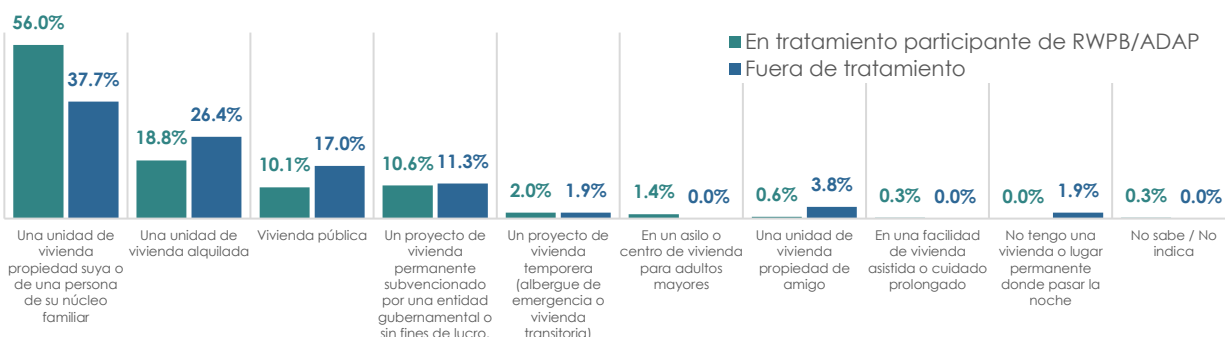
	En tratamiento participante de RWPB/ADAP	Fuera de tratamiento
<b>Mediana de edad</b>	<b>57</b>	<b>55</b>
<b>Género</b>		
Masculino	58.3%	71.7%
Femenino	40.9%	28.3%
Transgénero	0.6%	0.0%
Otro género ni masculino, ni femenino (no-binario, género fluido, agénero, género cultural específico)	0.3%	0.0%
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	72.3%	62.3%
Homosexual	21.6%	28.3%
Indeciso(a)	0.3%	0.0%
Bisexual	4.5%	7.5%
Pansexual	0.0%	1.9%
Transexual	0.3%	0.0%
No sabe	0.8%	0.0%
No desea indicar	0.3%	0.0%
<b>Mediana nivel educativo</b>	<b>Escuela Superior / 4to año</b>	<b>Escuela Superior / 4to año</b>
<b>Estado Civil: Nunca casado/a (soltero/a)</b>	<b>49.0%</b>	<b>56.6%</b>
<b>Origen étnico: Puertorriqueño/a</b>	<b>93.3%</b>	<b>88.7%</b>
<b>Raza</b>		
Blanco	48.2%	41.5%
Multiracial	30.5%	26.4%
Negro o afroamericano	19.3%	28.3%
Indio / Taíno	1.4%	1.9%
No sabe / No indica	0.6%	1.9%

	En tratamiento participante de RWPB/ADAP	Fuera de tratamiento
<b>Condición ocupacional</b>		
Jubilado/a o Incapacitado/a	30.8%	26.4%
Desempleado/a	18.5%	20.8%
Ama de casa	19.9%	11.3%
Empleado/a a tiempo completo	16.2%	28.3%
Empleado/a a tiempo parcial	8.4%	5.7%
Trabaja por cuenta propia o tiene un negocio	6.2%	7.5%
Estudiando	3.1%	0.0%
No indica	0.0%	0.0%
<b>Cuentan con plan médico</b>	<b>.06%</b>	<b>0.0%</b>
<b>Plan médico: Plan Vital (plan de salud del gobierno)</b>	<b>86.6%</b>	<b>88.7%</b>
<b>Beneficiario de programas para asistencia en pago de medicamentos</b>	<b>19.0%</b>	<b>39.6%</b>
<b>Promedio de personas en el hogar</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Persona en el hogar que tenga alguna condición o discapacidad física, intelectual o sensorial</b>	<b>29.1%</b>	<b>41.5%</b>
<b>Fuentes de ingreso o asistencia en el hogar (top 2)</b>		
Programa de Asistencia Nutricional (PAN)	74.5%	77.4%
Seguro Social	42.0%	22.6%
<b>Mediana de ingreso anual en el hogar</b>	<b>Menos de \$15,000</b>	<b>Menos de \$15,000</b>

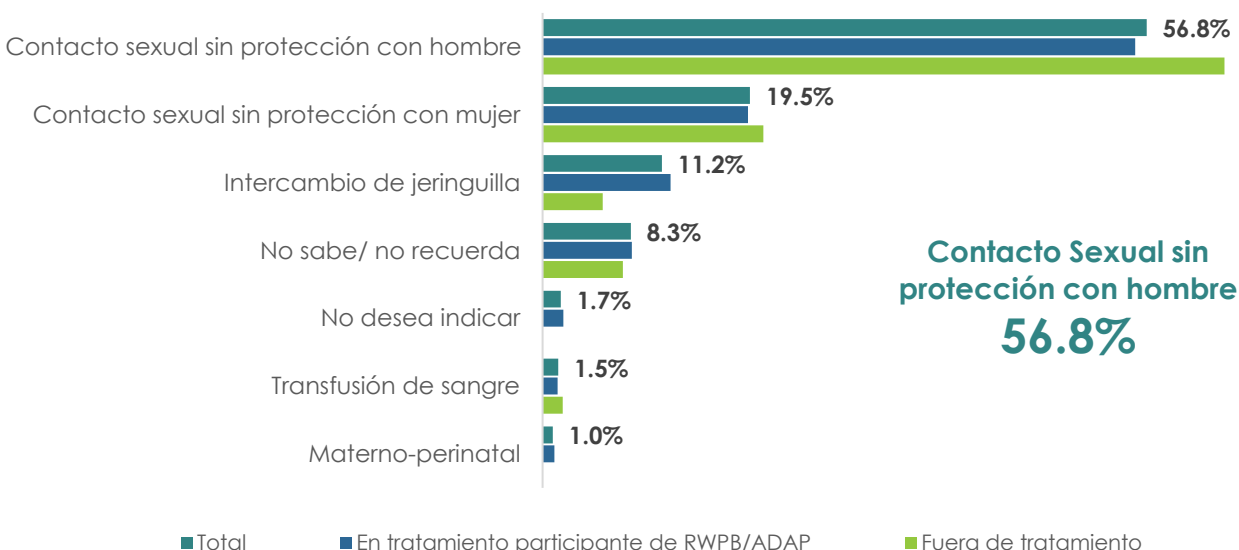
Al evaluar el aspecto de vivienda para conocer el lugar donde reside o pasa la noche, un poco más de la mitad (56%) de los participantes Ryan White Parte B en tratamiento y una tercera parte (37.7%) de los participantes fuera de tratamiento residen en una unidad de vivienda propiedad suya o de una persona de su núcleo familiar. Con relación a la unidad de vivienda alquilada, el 26.4% de los participantes fuera de tratamiento y el 18.8% de los participantes en tratamiento viven en ese tipo de unidades. Además, un 17% de los participantes fuera de tratamiento y un 10.1% de los participantes en tratamiento residen en un proyecto de vivienda pública.

**Gráfica 28: Vivienda**



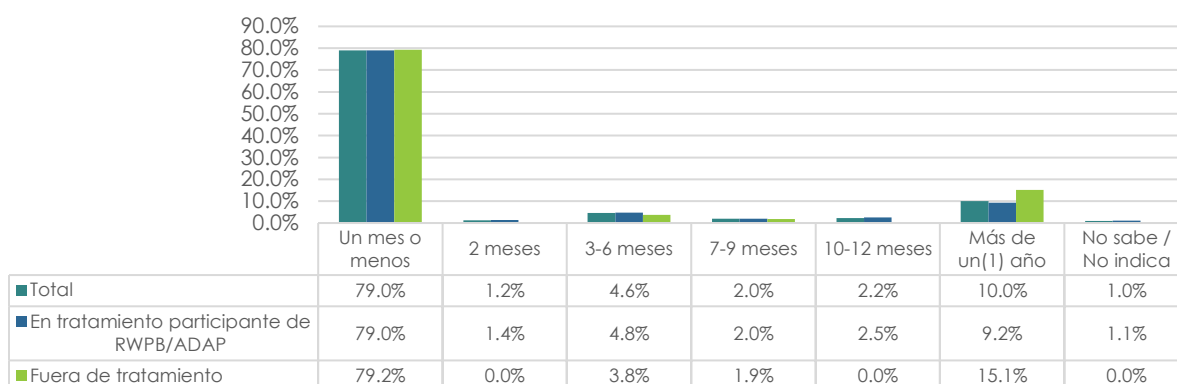
Con respecto al modo de transmisión del VIH, casi seis de cada diez participantes (56.8%) fue a través de contacto sexual sin protección con hombre. En menor grado, también se menciona el contacto sexual sin protección con mujer (19.5%) como otro modo de contraer el VIH. Casi ocho de cada diez participantes (79%) tardó un mes o menos en visitar por primera vez a un médico, enfermero/a u otro personal de la salud en busca de atención médica para el VIH y solo una décima parte (10%) de los participantes tardó más de un (1) año en buscar atención médica para el VIH.

**Gráfica 29: Modo de transmisión del VIH**



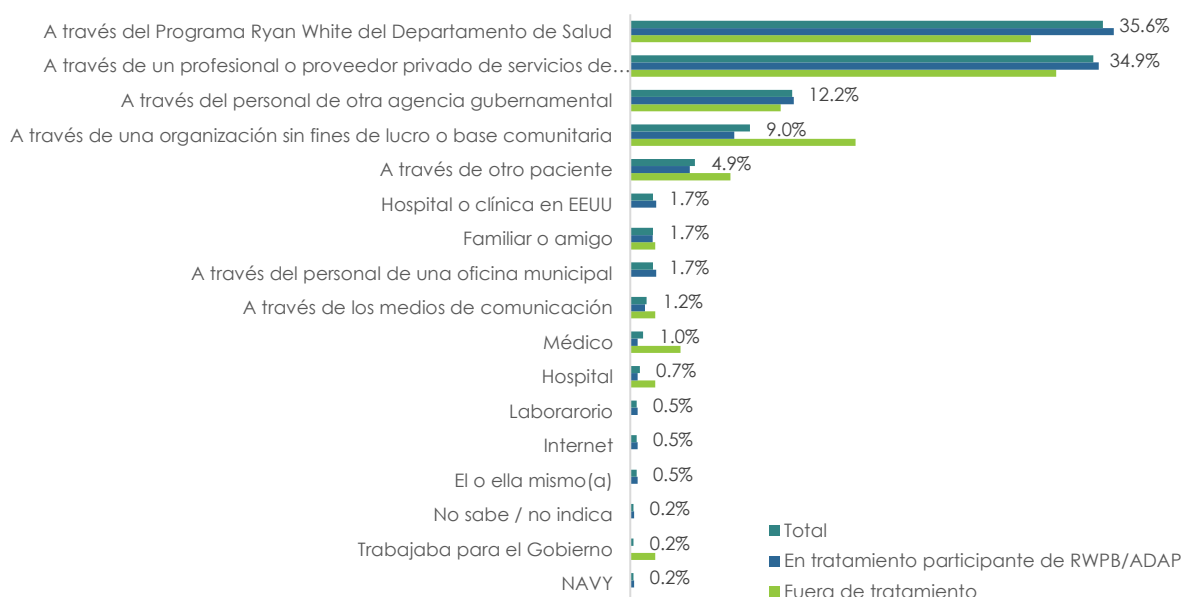
**Contacto Sexual sin protección con hombre**  
**56.8%**

**Gráfica 30: Desde que recibió el diagnóstico positivo al VIH, ¿cuánto tiempo después visitó por primera vez a un médico, enfermero/a u otro personal de la salud en busca de atención médica para el VIH?**



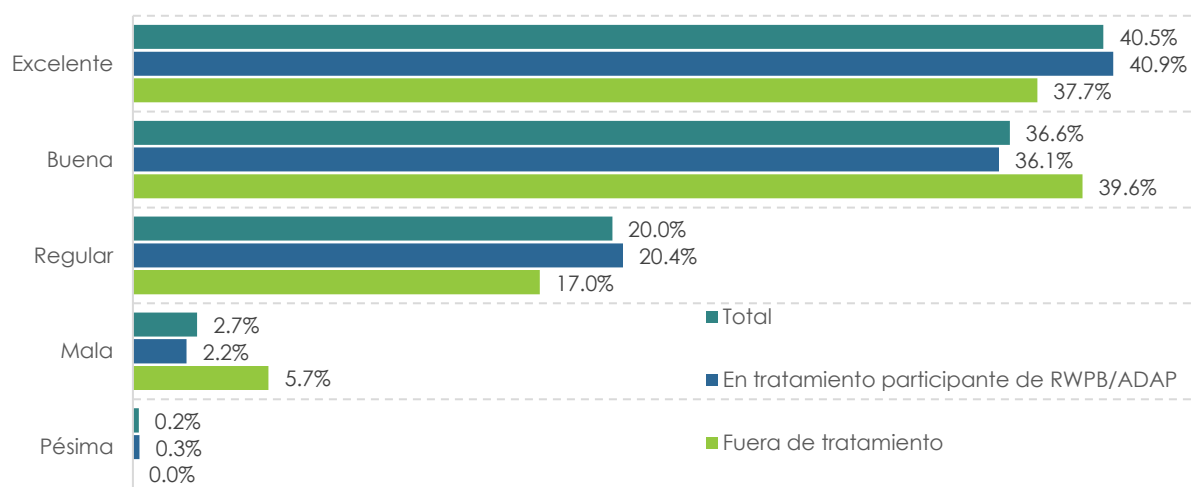
Al auscultar como conoció o recibió información inicialmente sobre los servicios que están disponibles para las personas con un diagnóstico positivo al VIH en su municipio o región, el 35.6% conoció de los mismos a través del programa Ryan White del Departamento de Salud mientras que un 34.9% se enteró por medio de un profesional o proveedor privado de servicios de salud.

**Gráfica 31: Modo en que conoció o recibió información inicialmente sobre los servicios que están disponibles para las personas con un diagnóstico positivo al VIH en su municipio o región**



Actualmente, casi ocho de cada diez participantes (77.1%) describen su condición de salud como excelente o buena. Solo el 2.9% de las personas expresa que su salud actualmente esta mala o pésima.

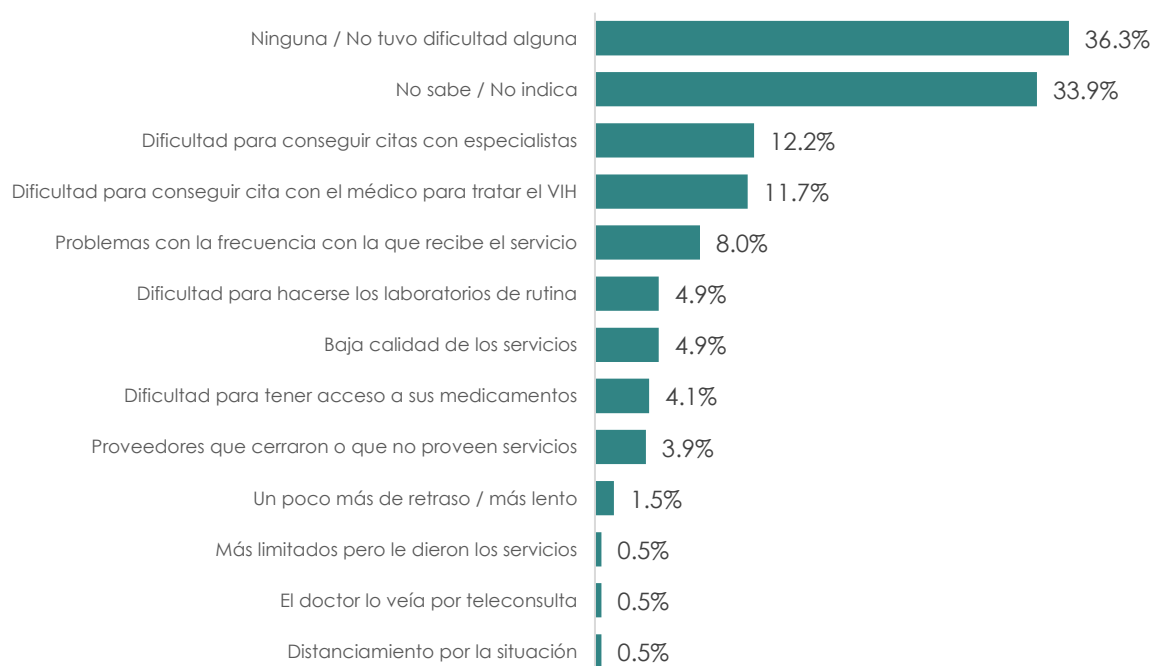
**Gráfica 32: Modo en que describen su condición de salud actualmente**



Nota: La base numérica son las 410 personas entrevistadas.

Al preguntar sobre situaciones al acceder servicios clínicos y de apoyo durante la pandemia por COVID-19, un 36.3% no tuvo dificultad alguna mientras que el 33.9% no sabe o no indica. No obstante, entre las situaciones que han experimentado, se encuentran la dificultad para conseguir citas con especialistas (12.2%) y las dificultades para conseguir citas con el médico para tratar el VIH (11.7%).

**Gráfica 33: Durante la pandemia por COVID-19, ¿Cuáles de las siguientes situaciones, si alguna ha experimentado al acceder servicios clínicos y de apoyo para atender su diagnóstico positivo al VIH?**



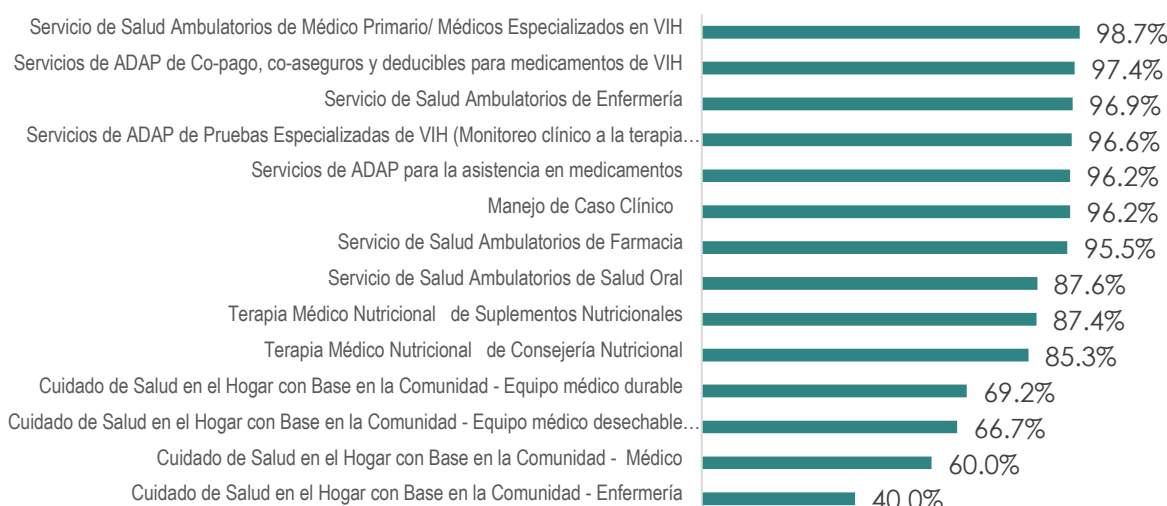
El manejo de Caso Clínico (38.3%), los servicios de salud ambulatorios de Médico Primario / Médicos Especializados en VIH (37.1%) y la terapia médico nutricional de consejería nutricional (34.9%) fueron los servicios clínicos que más necesitaron o solicitaron los participantes durante los seis meses previos a la encuesta para el tratamiento de su diagnóstico positivo al VIH. Según se observa en la gráfica que sigue, en la mayoría de los servicios el 85% o más de las personas que los necesitaron, los recibieron. Sin embargo, en el caso de los servicios con base en el hogar la proporción es mucho menor de las personas que los recibieron. Por otra parte, los servicios recibidos fueron descritos – con excepción de los servicios de salud oral y los servicios de enfermería con base en el hogar - como excelentes o buenos por más del 90% de las personas que los recibieron.

**Tabla 10: Servicios clínicos que han necesitado o solicitado durante los pasados seis meses para el tratamiento de su diagnóstico positivo al VIH**

	En tratamiento participante de RWPB/ADAP		Fuera de tratamiento		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Manejo de Caso Clínico	142	39.8%	15	28.3%	157	38.3%
Servicio de Salud Ambulatorios de Médico Primario/ Médicos Especializados en VIH	135	37.8%	17	32.1%	152	37.1%
Terapia Médico Nutricional de Consejería Nutricional	130	36.4%	13	24.5%	143	34.9%
Servicio de Salud Ambulatorios de Farmacia	120	33.6%	13	24.5%	133	32.4%
Terapia Médico Nutricional de Suplementos Nutricionales	115	32.2%	12	22.6%	127	31.0%
Servicios de ADAP de Pruebas Especializadas de VIH (Monitoreo clínico a la terapia antiretroviral) y Hepatitis C	107	30.0%	10	18.9%	117	28.5%
Servicios de ADAP para la asistencia en medicamentos	96	26.9%	10	18.9%	106	25.9%
Servicio de Salud Ambulatorios de Enfermería	85	23.8%	11	20.8%	96	23.4%
Servicio de Salud Ambulatorios de Salud Oral	81	22.7%	8	15.1%	89	21.7%
Servicios de ADAP de Co-pago, co-aseguros y deducibles para medicamentos de VIH	72	20.2%	5	9.4%	77	18.8%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Equipo médico durable	12	3.4%	1	1.9%	13	3.2%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Equipo médico desechable o suministro	8	2.2%	1	1.9%	9	2.2%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Médico	3	0.8%	2	3.8%	5	1.2%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Enfermería	5	1.4%	0	0.0%	5	1.2%
Ninguno de estos servicios	133	37.3%	21	39.6%	154	37.6%
No sabe / No indica	1	0.3%	0	0.0%	1	0.2%
<b>Total</b>	<b>357</b>		<b>53</b>		<b>410</b>	

Nota: La base numérica son las 410 personas entrevistadas. Al ser una pregunta de respuestas múltiples, se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas y la suma de porcentajes puede ser distinta a al 100%.

**Gráfica 34: Personas que recibieron los servicios que necesitaron en los pasados seis meses**



Nota: La base numérica son las 410 personas entrevistadas. Al ser una pregunta de respuestas múltiples, se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas y la suma de porcentos puede ser distinta a al 100%.

**Tabla 11: Modo en que evalúan la calidad de los servicios recibidos**

	En tratamiento participante de RWPB/ADAP	Fuera de tratamiento	Total
Servicio de Salud Ambulatorios de Médico Primario/ Médicos Especializados en VIH	94.8%	75.0%	92.7%
Servicio de Salud Ambulatorios de Enfermería	91.6%	80.0%	90.3%
Servicio de Salud Ambulatorios de Farmacia	93.9%	83.3%	92.9%
Servicio de Salud Ambulatorios de Salud Oral	86.1%	66.7%	84.6%
Manejo de Caso Clínico	97.1%	85.7%	96.0%
Servicios de ADAP para la asistencia en medicamentos	97.8%	77.8%	96.1%
Servicios de ADAP de Co-pago, co-aseguros y deducibles para medicamentos de VIH	97.1%	80.0%	96.0%
Servicios de ADAP de Pruebas Especializadas de VIH (Monitoreo clínico a la terapia antiretroviral) y Hepatitis C	92.3%	77.8%	91.2%
Terapia Médico Nutricional de Consejería Nutricional	93.0%	87.5%	92.6%
Terapia Médico Nutricional de Suplementos Nutricionales	94.1%	90.0%	93.7%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Médico	100.0%	100.0%	100.0%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Enfermería	50.0%	0.0%	50.0%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Equipo médico durable	100.0%	0.0%	100.0%
Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad - Equipo médico desechable o suministro	100.0%	0.0%	100.0%

Sobre los servicios de apoyo que ha necesitado o solicitaron durante los seis meses previos al estudio, se destaca la asistencia económica de emergencia para espejuelos (34.1%), transportación médica (25.6%), asistencia económica para el pago de utilidades (agua, luz) (25.6%) y el banco de alimentos y comidas a domicilio (25.6%). En este caso, sin embargo, ocurre distinto y se observa que en la mayoría de los casos es más baja la proporción de personas que necesitaron los servicios y los recibieron. Con relación a la calidad de los servicios recibidos, la mayoría los catalogó como excelentes

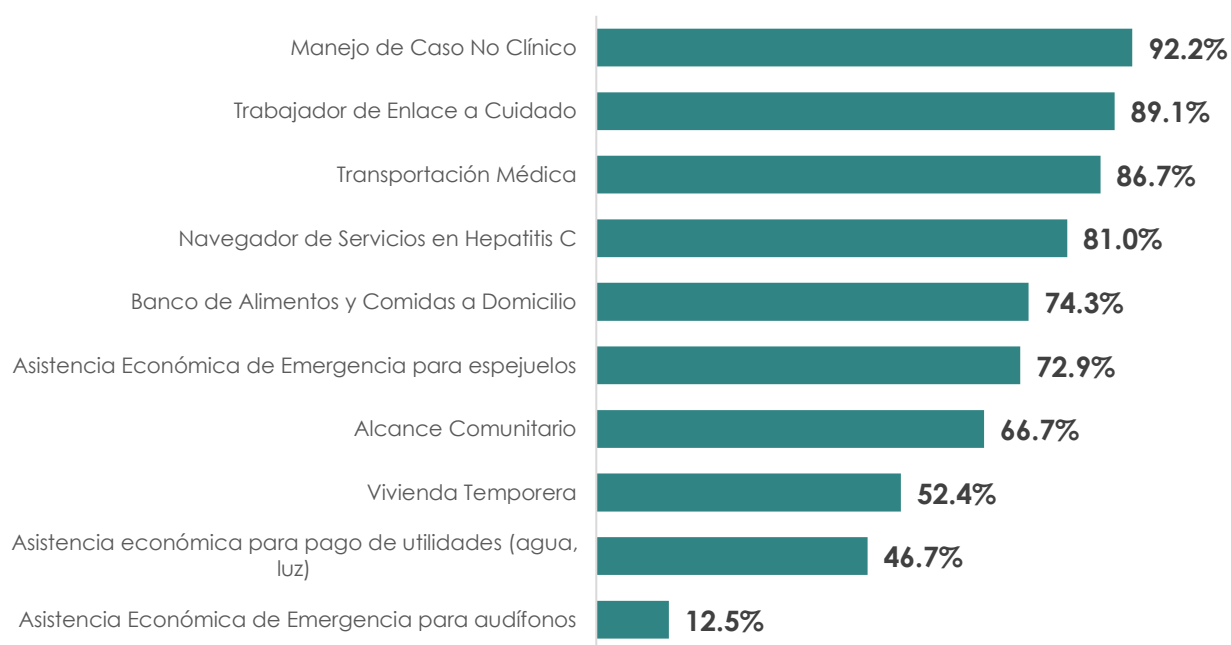
o buenos, con excepción de los servicios de asistencia con el pago de utilidades y los servicios de vivienda.

**Tabla 12: Servicios de apoyo que ha necesitado o solicitado durante los pasados seis meses para el tratamiento de su diagnóstico positivo al VIH**

	En tratamiento participante de RWPB/ADAP		Fuera de tratamiento		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Asistencia Económica de Emergencia para espejuelos	126	35.3%	14	26.4%	140	34.1%
Transportación Médica	95	26.6%	10	18.9%	105	25.6%
Asistencia económica para pago de utilidades (agua, luz)	90	25.2%	15	28.3%	105	25.6%
Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio	91	25.5%	14	26.4%	105	25.6%
Manejo de Caso No Clínico	89	24.9%	13	24.5%	102	24.9%
Trabajador de Enlace a Cuidado	45	12.6%	1	1.9%	46	11.2%
Navegador de Servicios en Hepatitis C	20	5.6%	1	1.9%	21	5.1%
Vivienda Temporera	17	4.8%	4	7.5%	21	5.1%
Alcance Comunitario	16	4.5%	2	3.8%	18	4.4%
Asistencia Económica de Emergencia para audífonos	7	2.0%	1	1.9%	8	2.0%
Ninguno de estos servicios	151	42.3%	25	47.2%	176	42.9%
No sabe / No indica	3	0.8%	0	0.0%	3	0.7%
<b>Total</b>	<b>357</b>		<b>53</b>		<b>410</b>	

Nota: La base numérica son las 410 personas entrevistadas. Al ser una pregunta de respuestas múltiples, se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas y la suma de porcentos puede ser distinta al 100%.

**Gráfica 35: Por ciento de personas que recibieron los servicios de apoyo que necesitaron durante los pasados seis meses**





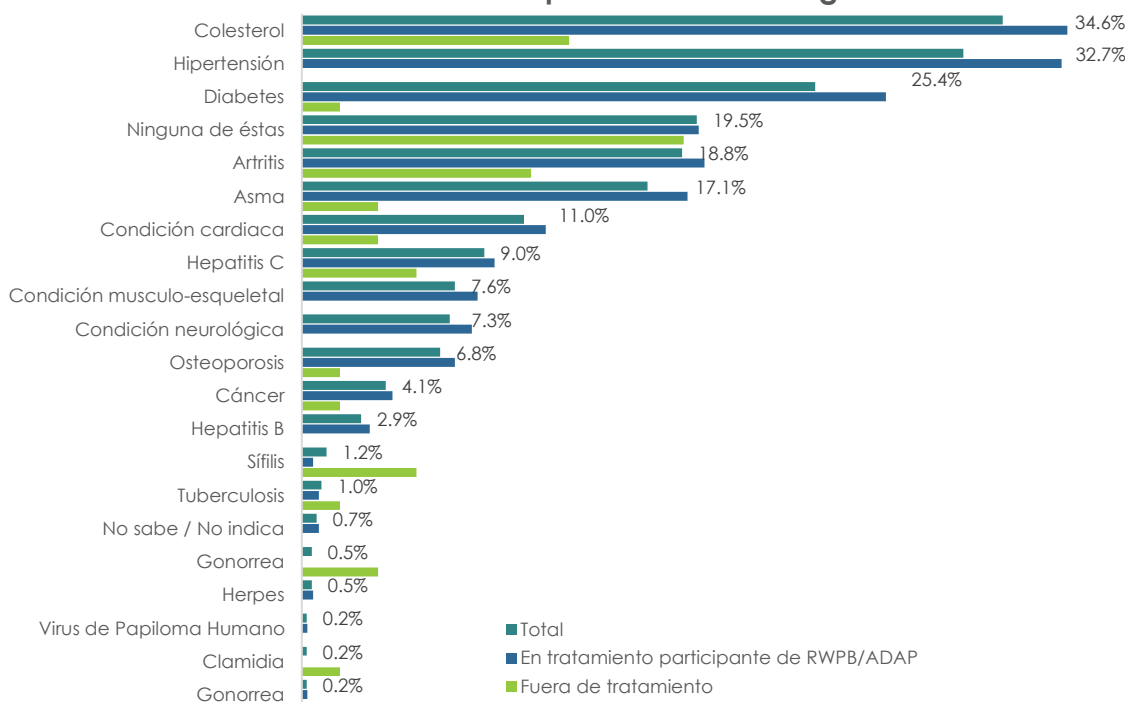
**Tabla 13: Calidad de los servicios de apoyo que recibió**  
En la tabla se presentan A “Excelente” y B “Bueno”

	En tratamiento participante de RWPB/ADAP	Fuera de tratamiento	Total
Manejo de Caso No Clínico	95.2%	90.0%	94.7%
Trabajador de Enlace a Cuidado	100.0%	0.0%	97.6%
Navegador de Servicios en Hepatitis C	100.0%	100.0%	100.0%
Alcance Comunitario	91.7%	0.0%	91.7%
Transportación Médica	94.0%	100.0%	94.5%
Asistencia económica para pago de utilidades (agua, luz)	84.4%	100.0%	85.7%
Asistencia Económica de Emergencia para espejuelos	97.9%	87.5%	97.1%
Asistencia Económica de Emergencia para audífonos	100.0%	0.0%	100.0%
Vivienda Temporeria	77.8%	50.0%	72.7%
Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio	95.7%	88.9%	94.9%

En ambas instancias o tipos de servicios las razones principales expresadas por los/as/es participantes como aquellas que les impidieron acceder los servicios está el desconocer dónde accederlos, la transportación, que el servicio no está disponibles en su área y, en el caso de las personas fuera de tratamiento, el costo de los mismos.

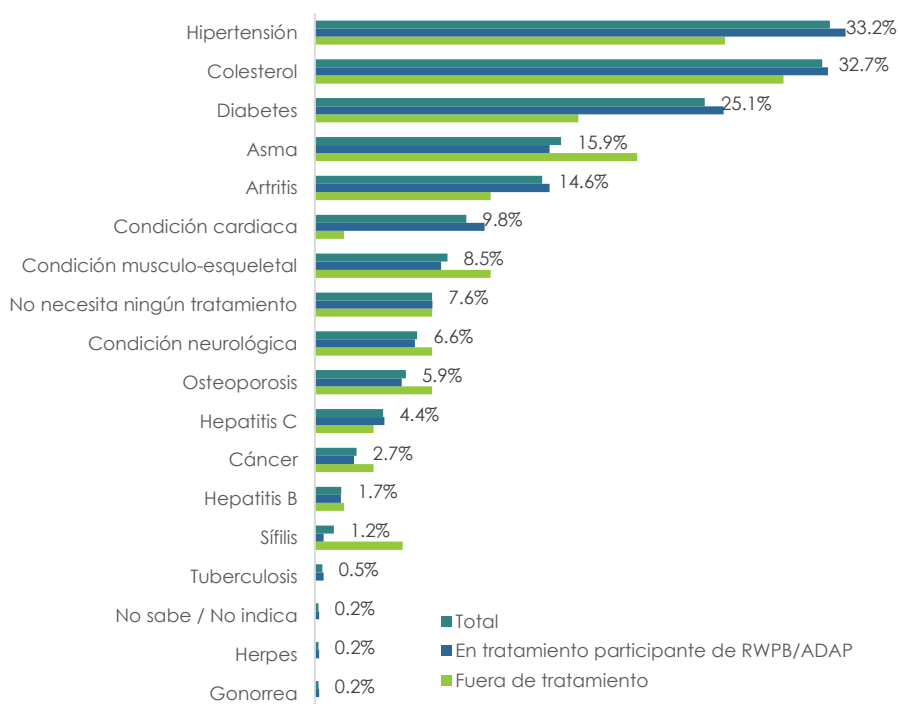
Por otro lado, los/as/es participantes de la encuesta indicaron confrontar otras necesidades o condiciones de salud, para las cuales han requerido servicios. Las más frecuentes mencionadas incluyen el colesterol (34.6%), la hipertensión (32.7%) y la diabetes (25.4%). Algo más de una tercera parte (33.2%) indicó que ha necesitado tratamiento o medicamento para la hipertensión, colesterol (32.7%) y diabetes (25.1%). De ese grupo, actualmente un 32% recibe tratamiento para la hipertensión, 31.2% para el colesterol y 23.9% para la diabetes.

**Gráfica 36: Otras condiciones que les han sido diagnosticadas**

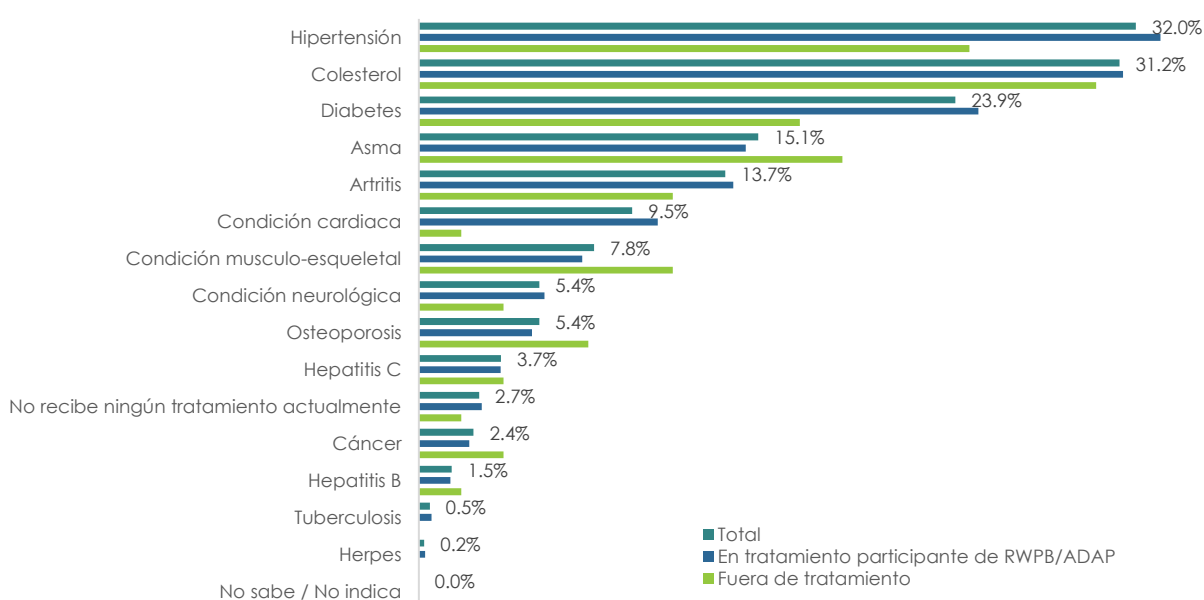


Nota: La base numérica son las 410 personas entrevistadas. Al ser una pregunta de respuestas múltiples, se realiza un conteo independiente para cada una de las respuestas mencionadas y la suma de porcentajes puede ser distinta a al 100%.

**Gráfica 37: Personas que han necesitado tratamiento o medicamentos para esas otras condiciones**



**Gráfica 38: Personas que reciben tratamiento actualmente para esas otras condiciones**



Otras investigaciones examinadas para propósitos del proceso de planificación integrada, apuntan a áreas de necesidad similares. A modo de ejemplo, el “Needs Assessment of Older LGBT+ Adults Living with HIV in Puerto Rico”<sup>5</sup>, reseña como las personas participantes de la comunidad LGBT+ experimentan angustia, que se manifiesta en depresión, ansiedad y aislamiento social. De igual manera, inseguridad alimentaria y de vivienda entre los participantes, la incapacidad para obtener los servicios necesarios como médicos, de salud mental y complementarios. Además, las dificultades financieras ya sea por perder sus hogares a causa de terremotos y huracanes o por perder su empleo o negocio debido a la pandemia de COVID-19.

Las recomendaciones del estudio señalan la necesidad de activar las fortalezas de esta población (LGBT+ adulto mayor) (alto nivel educativo, resiliencia, asertividad), reconocer que el sistema de salud fue diseñado para personas heterosexuales, cisgénero y modificarlo, fortalecer el uso de las redes sociales y fomentar la diversidad y la capacitación en uso en tecnología. Las conclusiones indican que el estigma sigue presente en el contexto familiar en Puerto Rico, las personas con diagnóstico positivo al VIH experimentan miedo a revelar su diagnóstico, discriminación, evitan iniciar familias propias o relaciones de pareja, experimentan abuso físico y verbal por parte de los familiares e incluso la separación de los miembros de la familia. También, el miedo a infectarse basado en conocimientos no científicos (por ejemplo, tocar a las PLWH, compartir utensilios y besar) todavía está presente en la conciencia popular de la sociedad, así como en las estructuras familiares. Las personas con diagnóstico positivo al VIH que decidieron revelarlo informaron que se sintieron discriminadas y no apoyadas por sus familiares.

<sup>5</sup> Waves Ahead, Corp. and JSI Research & Training Institute Inc. (2021). Needs Assessment of Older LGBT+ Adults Living with HIV in Puerto Rico.

### C. BARRERAS PARA ACCEDER A LAS PRUEBAS DE VIH EXISTENTES, INCLUIDAS LAS LEYES Y REGLAMENTOS ESTATALES, LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN DEL VIH Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH

Al hablar de las barreras en el acceso a los servicios vinculados a la prevención del VIH en Puerto Rico, los/as/es actores participantes del proceso de planificación integrada coincidieron en las siguientes, como las principales: el estigma, las diferencias geográficas en la disponibilidad de los servicios, los procesos burocráticos en las entidades que proveen los servicios, la navegación por el sistema de servicios/poca visibilidad de los servicios, un lenguaje no inclusivo o culturalmente sensible, el recurso humano (reclutamiento de personal, barreras actitudinales) y la cobertura de plan médico (Ej. En el caso de PrEP). Entre las poblaciones que se ven más afectadas por las barreras mencionadas, se encuentran los jóvenes (estudiantes), parejas serodiscordantes, adulto mayor, poblaciones por área geográfica (este y oeste) y la población de personas sin hogar.

De igual manera, en relación con las barreras principales en el acceso a los servicios de cuidado y apoyo de VIH, los participantes encontraron el miedo y estigma, acceso de algunas poblaciones a los servicios, conocimiento sobre la disponibilidad de servicios y su alcance, autoestima de participantes y salud mental, transportación y acceso a servicios y necesidades socioeconómicas. Al enfocarnos en el sistema y los proveedores de servicios, se observan barreras como las diferencias geográficas y alcance a ciertas poblaciones, transportación, fragmentación de servicios, lenguaje inclusivo, barreras actitudinales de algunos profesionales (alejan al paciente), recurso humano (escasez de personal especialistas, amas de llaves, salud mental, entre otros) y una mayor demanda a la oferta disponible. Finalmente, entre las barreras institucionales y de política pública, se observó la cobertura de las aseguradoras y el Plan de Salud del Gobierno de PR, y la burocracia y tiempo que toman ciertos tipos de servicios (ej. Asistencia económica).

### D. PRIORIDADES

El avalúo de necesidades llevado a cabo como parte del Plan Integrado, reafirmó la urgencia de abordar las áreas identificadas como brechas, y permitió identificar otras necesidades. Estas áreas prioritarias incluyen:

- Fortalecer el sistema de provisión de servicios de vigilancia, diagnóstico, prevención y tratamiento del VIH y su capital humano.
- Promover la combinación de recursos económicos, utilizando el apalancamiento o “leverage” que estos permiten, para maximizar los recursos existentes y tener un mayor impacto.
- Aumentar la disponibilidad y el acceso equitativo a servicios integrales y de alta calidad culturalmente sensibles y fundamentados en mejores prácticas, prácticas con indicios de evidencia y prácticas basadas en evidencia para la prevención y el tratamiento del VIH, incluyendo:
  - Pruebas en escenarios clínicos y no clínicos
  - PrEP
  - Intercambio de jeringuillas;

- Tratamiento para el uso problemático de sustancias, incluyendo drogas inyectables y no inyectables;
  - Pruebas rutinarias en escenarios no clínicos;
  - Servicios vinculados a la salud mental;
  - Transportación a servicios
  - Servicios médicos especializados para atender comorbilidades
  - Servicios con base en el hogar para poblaciones con problemas de movilidad, como son los/as/es adultos mayores
  - Otros servicios dirigidos a atender determinantes sociales de la salud y necesidades socioeconómicas de los participantes como, por ejemplo, vivienda, alimentos y nutrición, asistencia en utilidades y otros servicios de apoyo.
- Implementar esfuerzos continuos de educación y orientación para mejorar los niveles de conocimiento sobre la sindemia y su prevención y cuidado entre los proveedores de servicios, los grupos con conductas de riesgo, las personas con diagnóstico positivo al VIH y la comunidad general.
  - Abordar los determinantes sociales de la salud.
  - Atender las necesidades particulares asociadas a la transformación demográfica de la población en Puerto, así como la situación de la salud mental que se ha agravado tras los desastres naturales que ha enfrentado el País y más recientemente la pandemia.
  - Continuar promoviendo un enlace temprano a tratamiento y enfoques en la retención para lograr la supresión viral

## E. ACCIONES TOMADAS

Una próxima sección provee el detalle de las acciones que se recomienda tomar por la jurisdicción para abordar las necesidades identificadas como parte del proceso de planificación integrada. Estas acciones se fundamentan en mejores prácticas y lecciones aprendidas durante el periodo previo de planificación. Estas se fundamentan, a su vez, en cinco principios rectores:

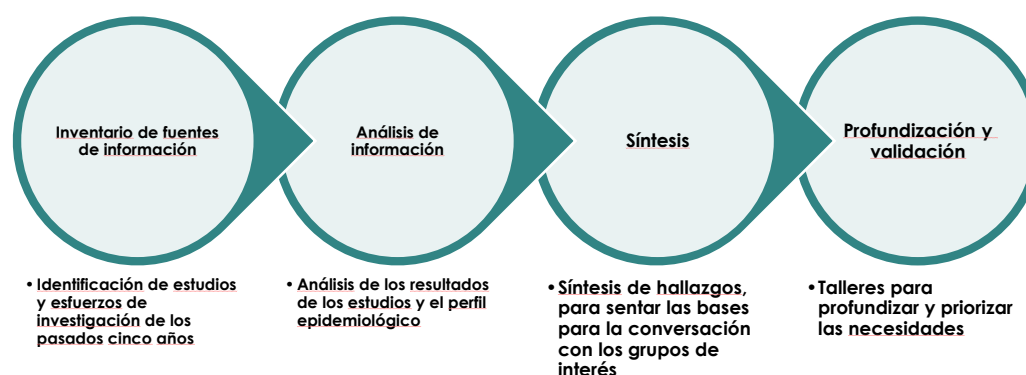
**Ilustración 12: Principios rectores del Plan**



## F. ACERCAMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES

Según se explicó en una sección previa, la identificación de las necesidades se realizó a base de un acercamiento multi-método y participativo, a través del cual representantes de la comunidad con diagnóstico positivo al VIH, el gobierno, organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, otras entidades públicas, centros comunitarios de salud, entidades municipales, agencias del gobierno federal y otros grupos fungieron como actores de interés del plan y se involucraron para identificar y priorizar las necesidades.

**Ilustración 13: 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 pasados cinco años. Estas fuentes se analizaron y sintetizaron y a base de la información que surgió de las mismas, se diseñó un primer taller, organizados en dos sesiones, para exponer a los grupos de interés a dicha información y, de acuerdo a sus diversos campos de experiencia, generar la discusión sobre las necesidades. Durante las sesiones, los(as) participantes se organizaron en grupos pequeños de trabajo, y a través de ejercicios guiados, se profundizó en las necesidades, los grupos que se ven más afectados por estas necesidades y brechas y barreras de acceso.

De acuerdo con las guías de planificación integrada publicadas por el CDC y HRSA, las necesidades se definieron como servicios necesarios para que las personas puedan acceder y mantener la prevención, cuidado y tratamiento del VIH. Las barreras se definieron como aquellas que limitan el que las personas puedan acceder esos servicios, incluyendo barreras sociales (culturales, estigma), de política pública, de los propios programas o sistema de provisión de servicios (por ejemplo, infraestructura, fondos, sistemas de información) y barreras asociadas a limitaciones que enfrentan los propios participantes (transportación, falta de vivienda, pobreza, entre otras). Mientras que las brechas se definieron como vacíos en el sistema de provisión de servicios.

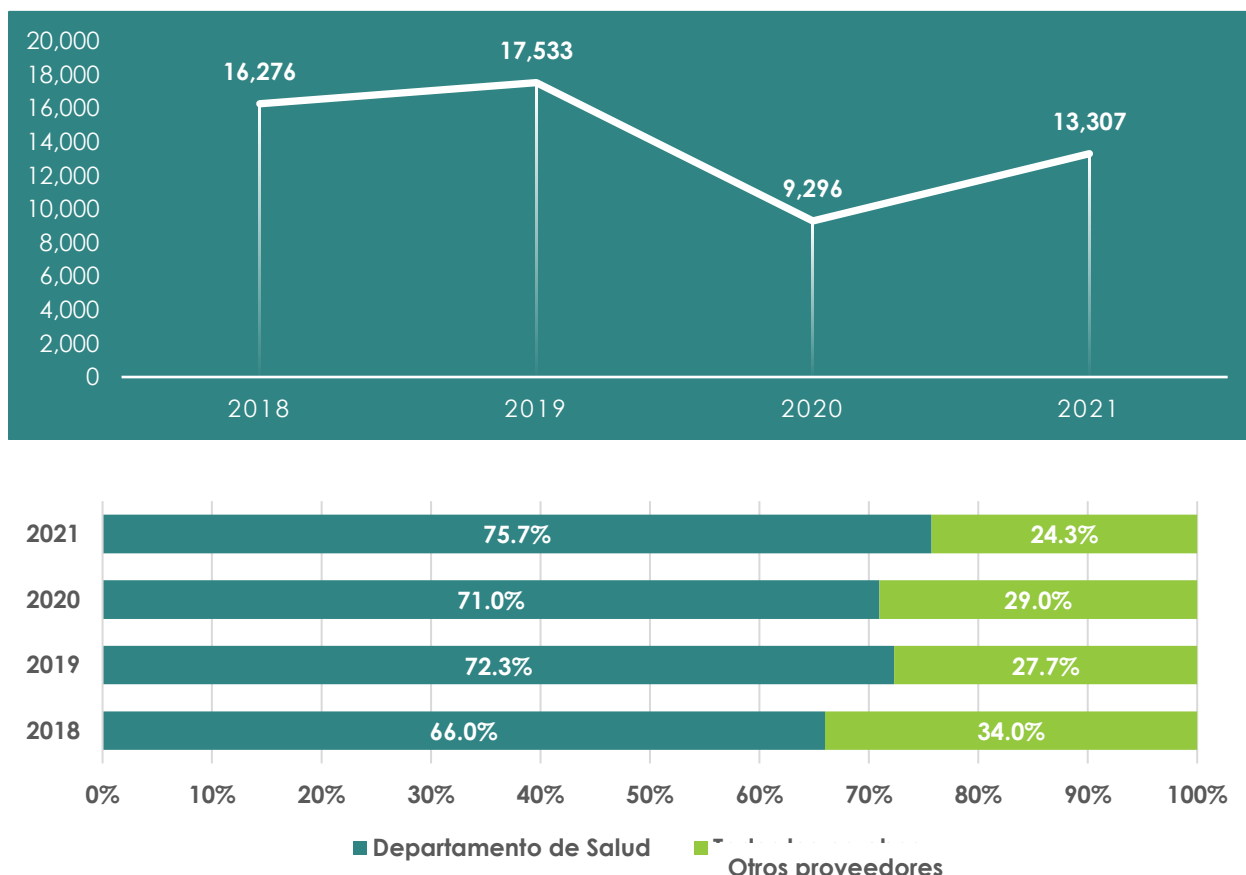
## SECCIÓN IV: ANÁLISIS SITUACIONAL

### 1. ANÁLISIS SITUACIONAL

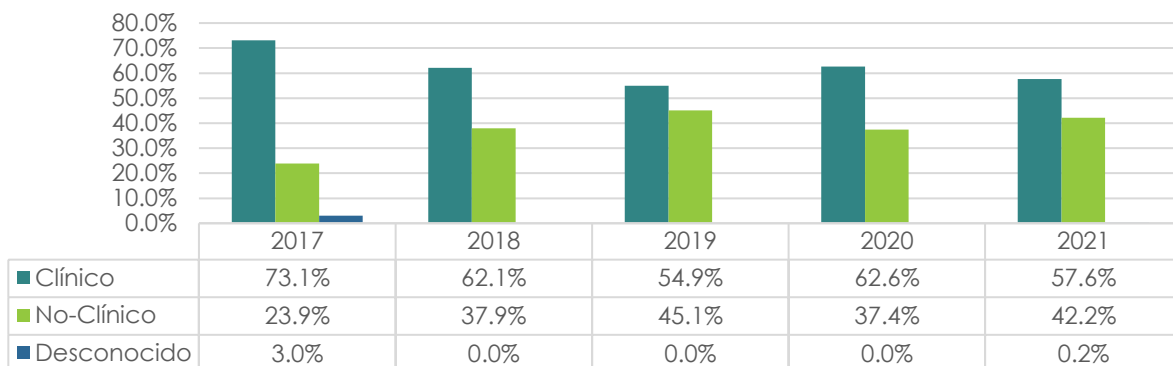
#### A. DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

Durante el período 2018-2021 se realizaron un total de 56,412 pruebas para el diagnóstico de VIH en Puerto Rico. En 2021, cuando se realizaron un total de 13,307 pruebas, el Departamento de Salud fue responsable de realizar 75.7% de estas. A través del periodo se observa como el número de pruebas que se realiza disminuyó, particularmente en 2020 cuando inicia la pandemia, mientras que a 2021 aumentó, estando a penas 3,000 pruebas por debajo de las realizadas en 2018. En términos de la distribución por escenario si bien el número de pruebas en escenarios no clínicos ha sido menor durante el periodo, al compararse con aquellas en escenarios clínicos, esta brecha se redujo significativamente. Por otro lado, el género masculino sigue siendo el grupo mayoritario al momento de efectuarse pruebas de VIH (60.3%) y un poco más de la mitad (54.4%) se ubica entre las edades de 20-39 años. Además, en el 2021 predominaron las personas heterosexuales (49.9%) como categoría de riesgo principal objeto de las pruebas y San Juan (3,767), Ponce (2,836), Mayagüez (2,066) y Caguas (1,632) se destacan como las regiones con más pruebas de VIH realizadas.

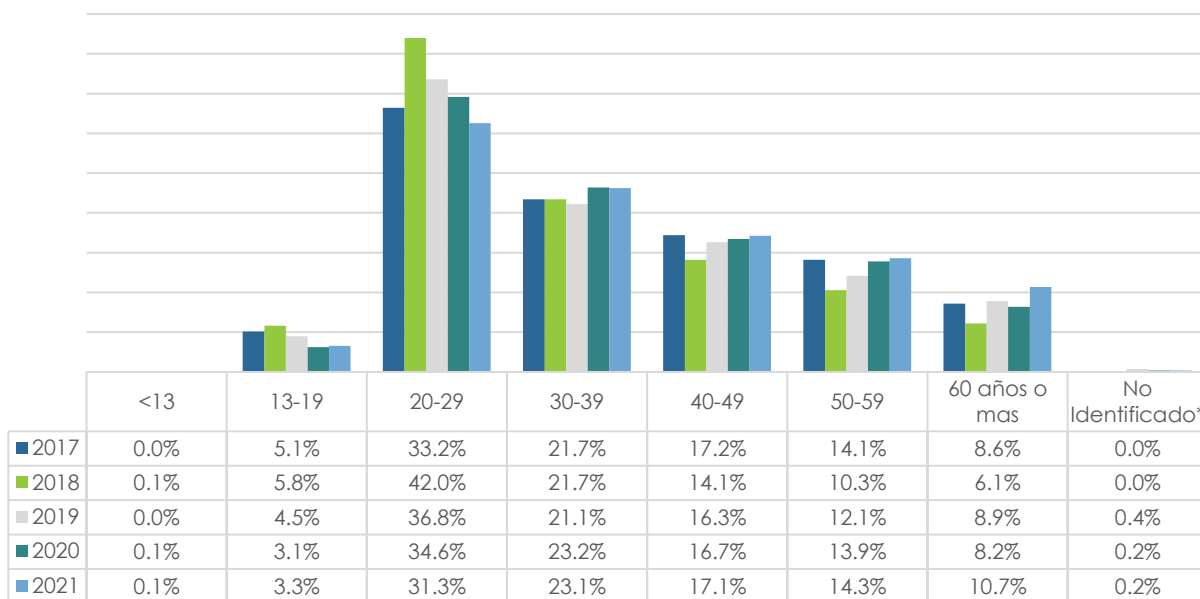
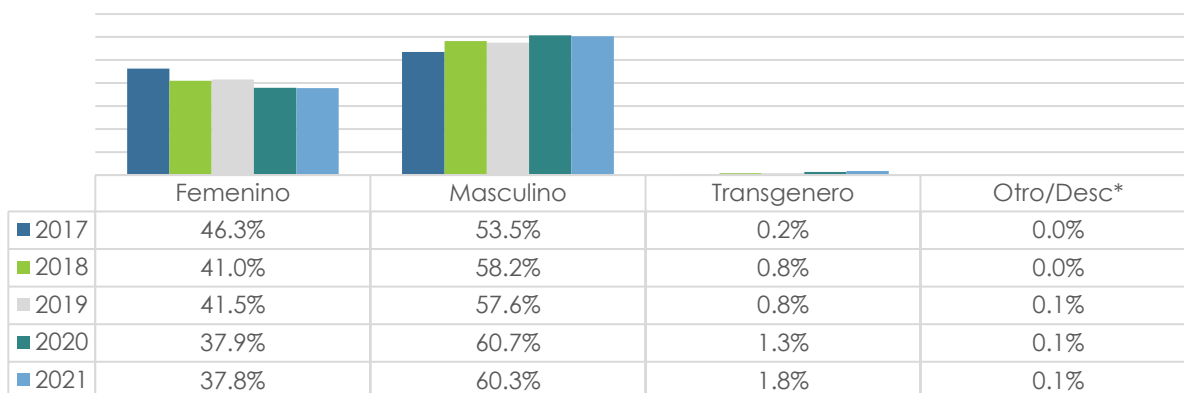
Gráfica 39: Pruebas realizadas de VIH en Puerto Rico por año



**Gráfica 40: Pruebas realizadas por escenario**

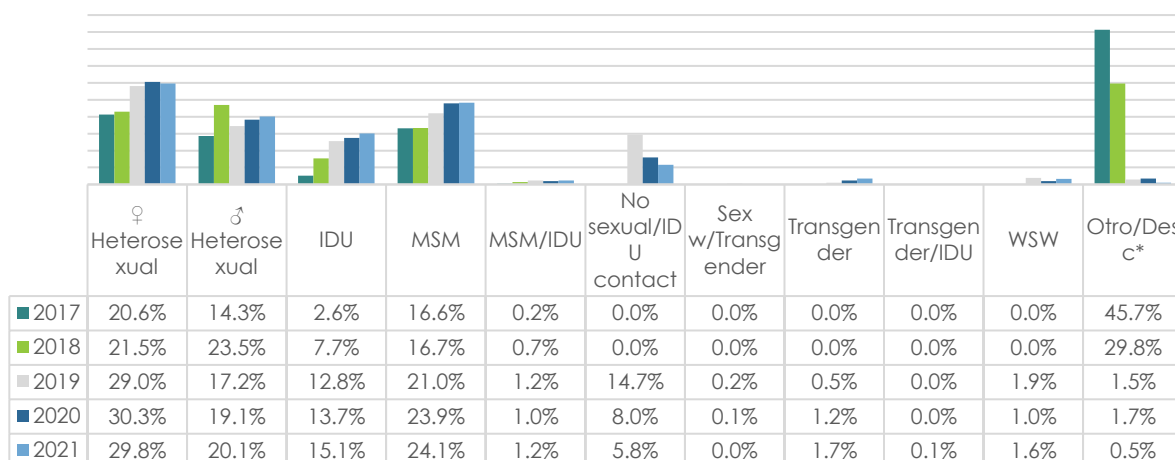


**Gráfica 41: Distribución de pruebas realizadas por género y edad**

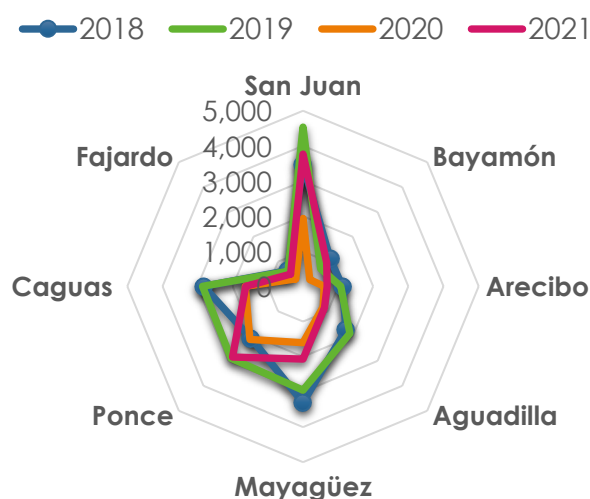




**Gráfica 42: Pruebas de VIH por categorías de riesgo**



**Gráfica 43: Pruebas realizadas por región**



**Tabla 14: Pruebas realizadas por región**

Región	2018	2019	2020	2021
San Juan	3,462	4,535	1,937	3,767
Bayamón	1,097	711	270	959
Arecibo	1,122	1,078	601	687
Aguadilla	1,732	1,886	814	859
Mayagüez	3,305	2,952	1,601	2,066
Ponce	2,087	2,897	2,133	2,836
Caguas	2,829	2,860	1,642	1,632
Fajardo	632	610	298	501

Las campañas educativas son un esfuerzo clave en la prevención del VIH y en lograr motivar a las personas a realizarse la prueba. Durante el periodo estudiado, el Departamento de Salud llevó a cabo diversas campañas educativas, que giraron en

torno a tres objetivos principales: 1) Concienciar sobre la importancia de tomar medidas de prevención para evitar la transmisión del virus del VIH; 2) Impulsar la prueba de VIH (Rutinaria); y 3) Promover el uso de condones.

Ilustración 14: Extractos de campañas publicitarias



PrEP es un sistema de prevención contra el VIH que consiste en que personas que **no viven con el virus** tomen diariamente un medicamento antirretroviral con un seguimiento clínico que, de acuerdo con diferentes estudios, tiene una efectividad de más de un 90% para prevenir la transmisión del VIH.

Pregúntale a tu médico si PrEP es para ti. Para orientación puedes comunicarte a la Línea Informativa Confidencial de la División de Prevención ETS/VIH del Departamento de Salud al **787.765.1010**.

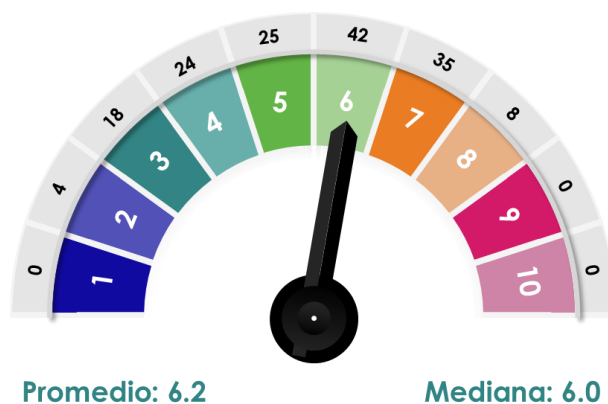
No olvides realizarte la prueba de VIH periódicamente y protegerte siempre.

**PrEPárate contra el VIH**



A base de estos datos, así como los resultados de otras investigaciones llevadas a cabo sobre el tema, a los/as/es participantes de los talleres llevados a cabo como parte del proceso de planificación integrada se les solicitó que evaluaran el nivel de avance en la prevención del VIH, a base de una escala en la cual 10 significaba el nivel mayor de avance. De acuerdo con estos/as/es, el nivel de avance ubica en promedio en 6.2 y una mediana de 6. Entre las razones a la que atribuyen este nivel de avance se encuentran, variaciones en la continuidad de las estrategias de prevención y estrategias exitosas que se dejan de implementar, un enfoque en prevención que cambia en función de los fondos disponibles, una diferencia en el nivel de avance por grupos y áreas geográficas (ej. Personas sin hogar, adultos mayores, jóvenes, población Trans) y una falta de alineamiento entre el mensaje, el lenguaje y las audiencias a las que va dirigido (incluyendo mensajes que no son culturalmente sensibles). De igual forma, persiste el miedo al estigma y al rechazo, falta de lenguaje común/universal entre los proveedores, necesidad de implementar educación sexual en las escuelas y una prevención que fue afectada por desastres y emergencias de salud pública.

**Gráfica 44: Percepción sobre el nivel de avance en la prevención del VIH en Puerto Rico**



Como parte de la conversación sobre el nivel de avance en la prevención del VIH, los/as/es participantes evaluaron la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de diagnóstico y prevención del VIH<sup>6</sup>. Al evaluar el sistema actual de provisión de servicios de diagnóstico y prevención del VIH, la gran mayoría de los/as/es participantes catalogaron la disponibilidad y el acceso a los servicios como regulares, es decir con una calificación de C. No obstante, reconocen que – una vez se trasciende esa barrera de acceso – los servicios que se reciben son por lo regular buenos. Entre los servicios con mejor calificación se encontró el cernimiento/pruebas de otras ITS, cernimiento/pruebas de VIH en la facilidad, consejería preventiva, distribución de condones y otros medios profilácticos, enlace temprano a tratamiento y servicios a parejas (PS). Por otra parte, en línea con lo que se observa de los datos sobre pruebas discutidos previamente, el cernimiento/pruebas VIH fuera de la facilidad fue el peor evaluado en cuanto a acceso.

<sup>6</sup> La disponibilidad se definió como la oferta de ese tipo de servicios. El acceso se definió como la oportunidad que tienen las personas de adquirir el servicio considerando la disponibilidad del servicio; el conocimiento sobre su disponibilidad; las oportunidades para poder obtenerlo (llegar al mismo, ser atendido(a) y la capacidad de poder pagarlo, si aplica, entre otros aspectos). La calidad, por otro lado, se definió como la capacidad que tiene el servicio para atender la necesidad para la que fue diseñado a través de sus distintas características, de acuerdo con estándares generalmente aceptados.

### Ilustración 15: Brechas en el sistema de servicios: Percepción sobre la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios

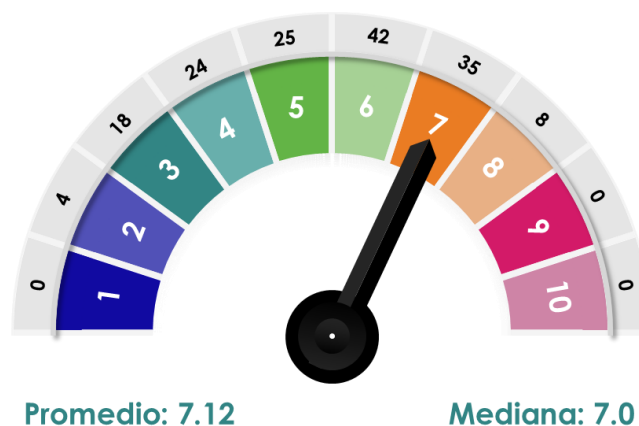
SERVICIOS	Disponibilidad					Acceso					Calidad				
	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F	A	B	C	D	F
Campañas educativas a través de medios digitales y redes sociales															
Campañas educativas a través de medios masivos															
Campañas educativas en la comunidad															
Cernimiento de necesidades de salud conductual y servicios sociales															
Cernimiento/pruebas de otras ITS															
Cernimiento / Pruebas de VIH en la facilidad															
Cernimiento/ Pruebas VIH fuera de la facilidad															
Conferencias															
Consejería en uso problemático de sustancias															
Consejería preventiva															
Distribución de condones y otros medios profilácticos															
Enlace temprano a tratamiento															
Información pública sobre la prevención del VIH															
Intercambio de jeringuillas															
Intervención educativa en la comunidad															
Intervención individual en reducción de riesgo															
PreP															
Servicios a Parejas (PS)															

## B. TRATAMIENTO

En la conversación sostenida durante las sesiones de tratamiento de los talleres llevados a cabo como parte del proceso de planificación integrada, los/las/les participantes catalogaron el nivel de avance en el tratamiento del VIH en Puerto Rico en promedio en 7.12 y la mediana en 7, a base de una escala en la cual 10 era el nivel más alto. Así, en, términos generales, la mayoría de los/as/es participantes entienden que ha habido un nivel de avance significativo durante los pasados años, con relación al cuidado y tratamiento del VIH. Entre las áreas destacadas se menciona: el enlace temprano a tratamiento, el acceso a medicamentos y servicios de farmacia, nuevas terapias y tratamientos, el papel de la comunidad con un diagnóstico positivo en su tratamiento, peritaje y un mejor conocimiento de la condición, esfuerzos de educación a los profesionales de la salud, compromiso y excelencia del personal, surgimiento de centros de servicios de salud en diversas áreas geográficas (ej. Centro de la isla), coordinación entre el Programa RWPB y las clínicas de servicios de salud (ej. Medicamentos) y Centros de salud integrados.

Entre las razones por las cuales se entiende que no hemos llegado a un 10, se mencionaron las fluctuaciones en el avance debido a los efectos de los desastres naturales que han impacto a Puerto Rico desde 2017 y la pandemia, el estigma, la necesidad de continuar educando a personas con diagnóstico positivo al VIH sobre aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento, diferencias geográficas en la provisión de los servicios, el recurso humano (dificultades en el reclutamiento, falta de especialistas, “burn out”, barreras actitudinales, manejo de un lenguaje inclusivo), una adaptación cultural de los servicios, adecuación de las instalaciones físicas para la provisión de los servicios, limitada disponibilidad de otros servicios complementarios. Esto último en el marco de una población envejecida, cuyas necesidades han cambiado.

### Ilustración 16: Percepción sobre el nivel de avance en el tratamiento del VIH en Puerto Rico



Según los participantes, existen ciertos aspectos que limitan el enlace y retención en tratamiento. En el enlace, predomina el desconocimiento entre los profesionales de la salud sobre cómo ordenar la prueba de VIH, las percepciones sobre la efectividad del uso de PrEP que lleva a personas a no hacerse la prueba por entender que no hay posibilidad de transmisión del virus, miedo y estigma, necesidades económicas que se anteponen a la búsqueda inicial de servicios para atender la salud y esfuerzos limitados de alcance en ciertas subpoblaciones (cárceles, personas con estatus migratorio indefinido, personas sin hogar).

Por otra parte, en la retención los/as/es participantes mencionaron diferencias en la disponibilidad de servicios en términos geográficos, limitación en servicios de apoyo complementarios al tratamiento (transportación, ayuda económica de emergencia, vivienda, cuidado en el hogar), cobertura de plan médico, de participantes que no están cubiertos bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital), el recurso humano (escasez, educación en temas relacionados con el VIH, manejo de la comunicación con los/as participantes), complejidad en el marco de otras condiciones de la salud, situaciones socioeconómicas que los lleva a priorizar en otras necesidades y no necesariamente su cuidado médico, manejo del tiempo por parte de los participantes y el apoyo emocional, psicológico y de pares.

Con relación a las brechas en el sistema de servicios y la percepción de los participantes sobre la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios clínicos para el cuidado del VIH, ADAP fue el servicio mejor calificado siendo excelente en disponibilidad, acceso y calidad. Los servicios de farmacia fueron la segunda categoría con mejor nota tras registrar B+ en disponibilidad, acceso y calidad. El manejo del caso clínico y la terapia de médico nutricional (consejería nutricional, suplementos nutricionales) fueron los otros dos servicios con calificación de B (bueno) en disponibilidad, acceso y calidad. Cabe destacar que – en línea con lo reseñado sobre la encuesta a comunidad con un diagnóstico positivo al VIH - la calidad de la salud oral tuvo la peor calificación con D mientras que los médicos especialistas fueron el servicio con más baja calificación tras indicarse que tiene un valor regular en calidad y C- en disponibilidad y acceso. Al hablar sobre otras brechas relacionadas con los profesionales de la salud, se destaca la

escasez, la disponibilidad geográfica y la sensibilidad. Entre el personal, se menciona los médicos tratantes de VIH, profesionales de la salud mental, dentistas y nutricionistas.

En torno a las brechas en el sistema de servicios y la percepción sobre la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de apoyo, el trabajador de enlace a cuidado fue el mejor calificado entre los participantes con B en disponibilidad y acceso, y A en calidad. Los servicios de manejo del caso no clínico, trabajador de enlace a cuidado, navegador de servicio en hepatitis C y alcance comunitario fueron catalogados como buenos mientras que la transportación médica y el banco de alimentos y comidas a domicilio fue evaluado como regular (C) entre los participantes.

Los servicios de salud ambulatorios, como por ejemplo médicos tratantes de VIH y especialistas para atender comorbilidades (70.37%), el cuidado de salud en el hogar con base en la comunidad (64.81%) y la terapia nutricional (53.70%) fueron los tres servicios principales clínicos que deberían fortalecerse en nuestra jurisdicción según expresaron los participantes. Al evaluar los servicios principales de apoyo que deberían fortalecerse en nuestra jurisdicción, se destacó el manejo de caso no clínico (25.9%), navegador de servicios en hepatitis C (18.5%), trabajador de enlace a cuidado (18.5%) y el acompañamiento de pares (5.6%).

**Tabla 15: Percepción sobre la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios clínicos**

Servicios Clínicos	Disponibilidad	Acceso	Calidad
Servicio de Salud Ambulatorios (en general).	B	C	B
Manejo de Caso Clínico	B	B	B
Servicios de ADAP: (asistencia en medicamento); asistencia en co-pagos, co-asegurados y deducibles (HIAP); pruebas especializadas de VIH (Monitoreo clínico a la terapia anti-retroviral) y Pruebas especializadas de Hepatitis C.	A	A	A
Terapia de Médico Nutricional (Consejería nutricional, Suplementos nutricionales).	B	B	B
Cuidado de Salud en el hogar con Base en la Comunidad (médico, enfermero/o, equipo médico durable, equipo médico desechable, ama de llaves y servicios integrados).	C	C	B
Otro	C	C	C
Otro   Salud Mental	C	C	C
Otro   Médicos Especialistas	C-	C-	C
Otro   Salud Oral	C	B	D
Otro   Abuso de Sustancias	C	C	B
Otro   Farmacia	B+	B+	B+

**Tabla 16: Percepción sobre la disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de apoyo**

Servicios Clínicos	Disponibilidad	Acceso	Calidad
Manejo de Caso No Clínico	B	B	B
Trabajador de Enlace a Cuidado	B	B	A
Navegador de Servicio en Hepatitis C	B	B	B
Asistencia económica para pago de utilidades (agua, luz, renta, medicamentos, gas, vale de alimentos y vale de emergencia).	B	C	B
Vivienda Temporera	C	B	B
Banco de Alimentos y Comidas a Domicilio	C	C	C
Otro   Transportación Médica	C	C	C
Otro   Alcance Comunitario	B	B	B

### C. RESPUESTA

A través del proceso de planificación integrada se identificaron tres aspectos que resulta medular fortalecer para contar con una respuesta multisectorial más coordinada para atender la sindemia de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Salud Mental, y tener una mejor capacidad para responder a brotes. Estas áreas, están relacionadas a su vez con las barreras de acceso y disponibilidad identificadas como parte del inventario de recursos y análisis de necesidad, e incluyen:

- Potenciar los sistemas y mecanismos de medición, monitoreo y evaluación para continuar promoviendo una cultura de uso de datos en la toma de decisiones en respuesta a la sindemia.
- Fortalecer el sistema de provisión de servicio y las capacidades de su recurso humano, a través de la capacitación al recurso humano, la coordinación de esfuerzos multisectoriales y el apalancamiento o combinación de recursos financieros.
- Abordar barreras o limitaciones de política pública que podrían imponer cargas o afectar la implementación de las estrategias que establecen como parte del este Plan.

### D. POBLACIONES PRIORITARIAS

De acuerdo con el análisis de necesidades y análisis situacional llevado a cabo, se identificaron una serie de poblaciones en las que se sugiere enfocar los esfuerzos de prevención y tratamiento, de acuerdo con enfoques neutrales y fundamentados en el modelo del continuo de cuidado. Una próxima sección se detallan las estrategias y actividades específicas que se recomiendan y las poblaciones a las que estas van dirigidas.

Ilustración 17: Poblaciones prioritarias



## SECCIÓN V: METAS Y OBJETIVOS 2022-2026

En esta sección se presentan las metas y objetivos que surgieron del proceso de planificación, así como las estrategias y acciones para alcanzarlos. De acuerdo con las guías del CDC y HRSA, el plan se organizó con respecto a los siguientes elementos.

Ilustración 18: Componentes del Plan

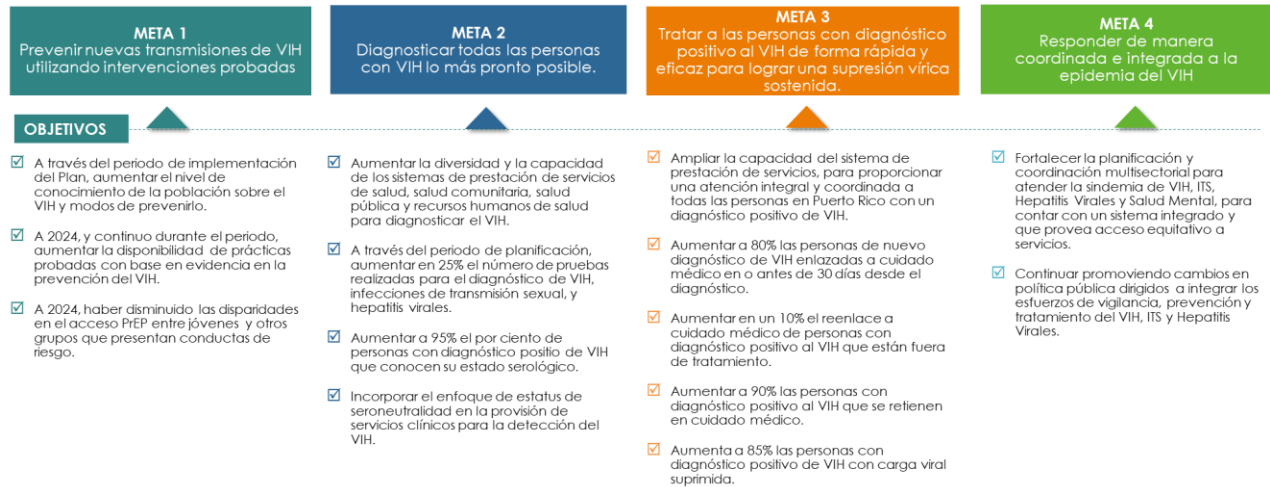




## 1. DESCRIPCIÓN DE METAS Y OBJETIVOS

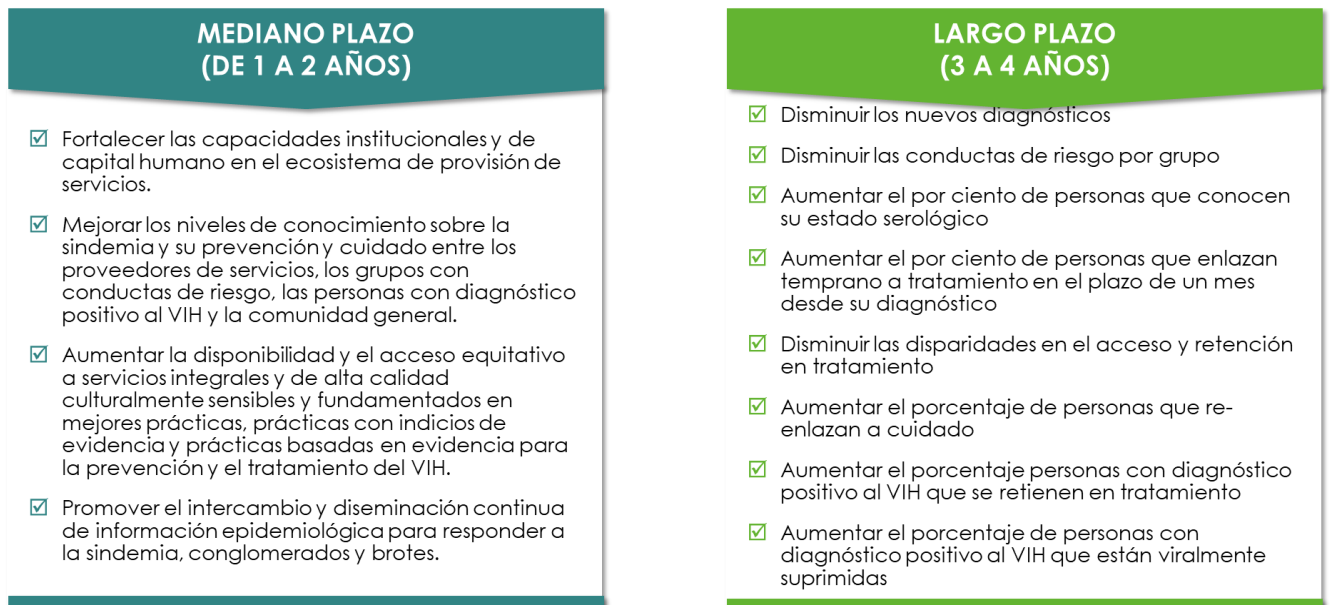
De proceso de planificación surgieron un total de cuatro metas, relacionadas, a su vez con los pilares de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Respuesta.

**Ilustración 19: Metas y objetivos del Plan**



Al culminar el periodo de implementación del Plan en 2026, se espera haber alcanzado los siguientes resultados:

**Ilustración 20: Resultados esperados**



## A. PREVENCIÓN:

**Meta 1:** Prevenir nuevas transmisiones de VIH utilizando intervenciones probadas.

**OBJETIVO 1.1:** A TRAVÉS DEL PERIODO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN, AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE EL VIH Y MODOS DE PREVENIRLO.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos potenciales
Desarrollar campaña de comunicación masiva e integrada de educación y orientación sobre el VIH, enfocada en la prevención y que se implemente de manera constante y consistente.	Población en general, y segmentos prioritarios o mayor exposición a riesgos, jóvenes (13 a 29 años) y adultos mayores	Identificar comunidades con falta o dificultad de acceso a información de VIH.	Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Corrección, Departamento de la Familia, organizaciones y grupos de base comunitaria, líderes comunitarios, entidades administradoras de fondos, medios de comunicación, Gerente de Implementación del Departamento de Salud, Secretaria Auxiliar y Servicio integrado al estudiante, familia y comunidad. Movilización comunitaria, Municipios y proveedores de servicios clínicos	CDC HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based
		Desarrollar mensajes con evidencia científica dirigida a proveer información en redes sociales, medios digitales y otros escenarios.		HIV Prevention Activities Health Department Based
		Llevar a cabo conferencias y programas en clínicas para exponer dicha información.		Fuentes privadas de fondos o donativos corporativos
		Establecer acuerdo de colaboración con organizaciones de base y sin fines de lucro que sirven a subpoblaciones de interés (ej. AARP).		Fundaciones
		Promover la discusión sobre el VIH en la comunidad escolar.		
		Promover eventos educativos comunitarios con información enfocada en las necesidades de las poblaciones.		
		Involucrar a los proveedores de planes médicos en los esfuerzos de ampliar el mensaje preventivo.		

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos potenciales
		<p>Identificar otros recursos disponibles o fuentes de fondos para implementar las actividades relacionadas a campañas masivas que se puedan realizar</p>		
<p>Promover la educación a proveedores/as de servicios y profesionales de la salud sobre la prevención del VIH</p>	<p>Proveedores/as de servicios de salud</p>	<p>Fomentar el empoderamiento y la participación de las personas con un diagnóstico positivo al VIH en los esfuerzos de capacitación al recurso humano que trabaja con la prevención y diagnóstico del VIH.</p> <p>Crear alianzas con planes médicos privados o de base gubernamental para para integrarlos a los esfuerzos de capacitación a profesionales de la salud</p> <p>Fortalecer el programa de educación para la población mediante colaboraciones</p> <p>Ampliar la capacitación sobre el tratamiento de personas trans y el tema de perspectiva de género en las escuelas.</p> <p>Solicitar como parte de la oferta de cursos de ética gubernamental el tema de prevención y tratamiento del VIH.</p> <p>Promover que se incluya en los currículos universitarios el tema de prevención y tratamiento del VIH.</p> <p>Solicitar como requisito de renovación de licencia profesional, educación continua en el tema de VIH.</p> <p>Proveer capacitación a la comunidad médica y orientación sobre las mejores prácticas en la prevención y tratamiento del VIH.</p> <p>Educar a las personas que dirigen las comisiones de salud de la legislatura y sus asesores sobre la prevención y el tratamiento del VIH.</p>	<p>Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, DS, NECA/AETC, Proveedores de servicios, Academia, proveedores de servicios clínicos para aseguradoras, Cuerpos Asesores de planificación y Municipios.</p>	<p>CDC HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based</p> <p>HIV Prevention Activities Health Department Based</p> <p>Fuentes privadas de fondos o donativos corporativos</p> <p>Fundaciones</p>

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos potenciales
Ampliar la información disponible y las estrategias de concienciación sobre las conductas de riesgo a toda la población.	Padres, jóvenes, maestros, jóvenes de 13 años o más y público general.	Crear alianzas para la creación de programas educativos dirigidos a las poblaciones que pueden presentar conductas de riesgos.	Profesionales de la Salud, Comunidad con diagnóstico positivo de VIH, Departamento de Salud, Departamento de Educación, proveedores de servicios relacionados al VIH y Municipios.	CDC
		Promover la oferta de talleres, adiestramientos, orientaciones y otras modalidades educativas sobre el tema VIH.		HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based
		Evaluar la implementación de los esfuerzos y estrategias de concienciación.		HIV Prevention Activities Health Department Based
				Fuentes privadas de fondos o donativos corporativos
				Fundaciones

**OBJETIVO 1.2: A 2024, Y CONTINUO DURANTE EL PERIODO, AUMENTAR LA DISPONIBILIDAD DE PRÁCTICAS PROBADAS CON BASE EN EVIDENCIA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Ampliar la disponibilidad de prácticas probadas con base en evidencia en la prevención del VIH.	Grupos que presentan comportamientos de riesgo (jóvenes, jóvenes de 13 años a 29 años, HSH, personas que se inyectan drogas)	Identificar prácticas basadas en evidencia y mejores prácticas que han demostrado operar de manera efectiva en Puerto Rico, incluyendo PrEP e Intercambio de Jeringuillas.	Departamento de Salud, academia, organizaciones de base comunitaria, proveedores de servicios, asociaciones profesionales, Cuerpos asesores de planificación, Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH y Municipios	CDC
		Proveer capacitación al recurso humano sobre prácticas basadas en evidencia implementadas en Puerto Rico.		HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based
		Identificar fuentes de fondos y alianzas a través de la cual se pueda ampliar la cobertura equitativa de estas prácticas (PrEP, Intercambio de Jeringuillas y otras identificadas).		HIV Prevention Activities Health Department Based
		Promover proyectos piloto en otras intervenciones probadas como mejores prácticas implementadas en Puerto Rico.		Fuentes privadas de fondos o donativos corporativos
		Evaluar la cobertura y efectividad en la implementación de las prácticas basadas en evidencia.		Fundaciones

**OBJETIVO 1.3: A 2024, HABER DISMINUIDO LAS DISPARIDADES EN EL ACCESO A PREP ENTRE JÓVENES Y OTROS GRUPOS QUE PRESENTAN CONDUCTAS DE RIESGO.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
<p>Ampliar la cobertura de PrEP mediante la revisión de la política pública asociada a la cubierta de seguros médicos y la extensión de la oferta de servicios.</p>	<p>Departamento de Salud, agencias y organizaciones vinculadas al tema de la salud, aseguradoras, programa Medicaid y ASES.</p>	<p>Profundizar en las barreras de política pública y económicas que afectan el acceso a PrEP.</p>	<p>Departamento de Salud, entidades reguladoras como el Comisionado de Seguros, Aseguradoras, sector farmacéutico, Legislatura, Programa Medicaid y ASES; y Municipios</p>	<p>Ingresos propios del programa de Prevención VIH Aseguradoras</p>
		<p>Atender barreras de política pública y cobertura por la aseguradora de PrEP para aumentar el acceso entre la población de hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectables y mujeres con conducta heterosexual.</p>		
		<p>Realizar campañas mediáticas, dirigidas a la diseminación de información relacionada a PrEP entre la población general y actores claves vinculados a la formulación de política pública para promover cambios en la política pública actual.</p>		
		<p>Promover cambios en las barreras de política pública que limitan el acceso a PrEP, incluyendo cambios al Plan Estatal de Medicaid para incorporar el acceso al PrEP a través del plan de salud del Gobierno de Puerto Rico.</p>		
<p>Promover la educación y el uso de información con bases en la evidencia sobre el PrEP como método de prevención del VIH.</p>	<p>Proveedores de servicio, profesionales de la salud, personas con diagnóstico positivo y sus parejas, población general, jóvenes de 13 años o más y heterosexuales.</p>	<p>Promover la inclusión de educación sobre el PrEP en los currículos universitarios.</p>	<p>Departamento de Salud, agencias de salud, Compañías de seguros, ASES y organizaciones de base comunitaria, la comunidad en general y Municipios</p>	<p>Ingresos propios del programa de Prevención VIH Donativos corporativos Aseguradoras HIV Prevention Activities Health Department Based</p>
		<p>Promover la inclusión de educación sobre el PrEP en los requisitos de educación continuada para la renovación de licencias/colegiaciones médicas.</p>		
		<p>Llevar a cabo esfuerzos de educación dirigidos a proveedores de servicios de salud y a las personas con diagnóstico positivo al VIH y sus parejas.</p>		
<p>Promover la disponibilidad y el acceso a PrEP para toda la población.</p>	<p>Jóvenes, jóvenes de 13 años o más y población en conducta de riesgo para adquirir el VIH, y heterosexuales</p>	<p>Promover el horario extendido de trabajo en clínicas y centros de proveedores de salud.</p>	<p>Departamento de Salud, Compañías de seguros, ASES, proveedores de servicios, CDC, organizaciones de base comunitaria y Municipios</p>	<p>Ingresos propios del programa de Prevención Aseguradoras HIV Prevention Activities Health Department Based</p>
		<p>Promover la capacitación de recursos humanos disponibles y certificados en el tema de VIH en PrEP y prevención.</p>		
		<p>Proveer información y servicios sobre PrEP en ferias de salud y otros escenarios comunitarios.</p>		

## B. DIAGNÓSTICO

**Meta 2:** Diagnosticar todas las personas con VIH lo más pronto posible

OBJETIVO 2.1: AUMENTAR LA DIVERSIDAD Y LA CAPACIDAD DE LOS SISTEMAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SALUD COMUNITARIA, SALUD PÚBLICA Y RECURSOS HUMANOS DE SALUD PARA DIAGNOSTICAR EL VIH.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
Aumentar el recurso humano disponible para realizar pruebas para el diagnóstico de VIH.	Escuelas, universidades, escuelas de medicina, médicos residentes y organizaciones de base comunitaria, organizaciones sin fines de lucro y personas con un diagnóstico positivo al VIH.	Aumentar los espacios para realizar prácticas y residencias en las distintas profesiones de salud.	Departamento de Salud, Departamento de Educación, escuelas de medicina, hospitales, clínicas, Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH.	CDC HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based HIV Prevention Activities Health Department Based Epidemiologic Research Studies of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance
		Establecer acuerdos colaborativos entre escuelas, hospitales y clínicas para el diagnóstico del VIH.		
		Fomentar el empoderamiento y la participación de las personas con un diagnóstico positivo al VIH en los esfuerzos de capacitación al recurso humano que trabaja con el diagnóstico de VIH.		
		Incentivar el uso de un lenguaje sencillo, adecuado y culturalmente sensible sobre el VIH entre proveedores de servicios de diagnóstico.		

**OBJETIVO 2.2: A TRAVÉS DEL PERIODO DE PLANIFICACIÓN, AUMENTAR EN 25% EL NÚMERO DE PRUEBAS REALIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH, INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, Y HEPATITIS VIRALES.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
<p>Promover el acceso a la información y la educación sobre la disponibilidad y los beneficios de las pruebas de diagnóstico, en escenarios clínicos y no clínicos.</p>	<p>Escuelas, universidades, hospitales y escenarios clínicos.</p>	<p>Revisar y fortalecer currículos de los programas de salud en las instituciones educativas.</p>	<p>Cuerpos Asesores de planificación, Organizaciones de base comunitaria, Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Corrección, Departamento de la Familia y Departamento de la Vivienda, Asociación de hospitales (gerencia de salas de parto y salas de emergencia).</p>	<p>CDC Organization Based HIV Prevention Activities Health Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance Fondos Ryan White Parte C</p>
		<p>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 del VIH, Hepatitis y otras ITS.</p>		
<p>Ampliar la disponibilidad y el acceso a los escenarios en los que se realizan las pruebas.</p>	<p>Jóvenes, adultos mayores, HSH, personas gestantes, personas trans y personas que usan drogas inyectables.</p>	<p>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 o escenarios no clínicos.</p>	<p>Organizaciones de base comunitaria, Departamento de Salud, Departamento de Educación, Departamento de Corrección, Departamento de la Familia y Departamento de la Vivienda, Asociación de hospitales (gerencia de salas de parto y salas de emergencia) Asociación de Laboratorios Colegio de Tecnólogos Médicos Centros de Salud Primaria 330 y centros de tratamiento de VIH.</p>	<p>Fuentes privadas de fondos o donativos corporativos Fundaciones</p>
		<p>Aumentar los escenarios no-clínicos donde se realice la prueba de VIH dirigida a poblaciones con conductas de riesgo.</p>		
		<p>Implementar actividades de pruebas de VIH innovadoras y enfocadas en las poblaciones con conductas de riesgo.</p>		
		<p>Realizar esfuerzos de orientación y diseminación de información sobre la disponibilidad de lugares clínicos donde se hacen las pruebas.</p>		

**OBJETIVO 2.3: AUMENTAR A 95% EL POR CIENTO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO DE VIH QUE CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Integrar la oferta de pruebas rutinarias para VIH en conjunto con campañas educativas.	Público general, escenario clínico, HSH, escuelas y población de jóvenes.	Ampliar y dar continuidad al acceso y los servicios de pruebas mediante la distribución de información en puntos específicos de servicios o visitas a localidades como, por ejemplo, escuelas, instituciones correccionales, entre otras.	Departamento de Salud, Departamento de Educación, Comunidad con diagnóstico positivo de VIH, clínicas municipales, organizaciones de base comunitaria, Cuerpos asesores de planificación, colegios profesionales, Centros de Salud Primaria 330 <sup>7</sup> , centros de tratamiento de VIH y laboratorios clínicos.	CDC Organization Based HIV Prevention Activities Health Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups
		Identificar fuentes de fondos adicionales para incrementar la disponibilidad de servicios de pruebas en combinación con estrategias de educación.		
		Establecer u ofrecer servicios de orientación y líneas de apoyo como complemento a las pruebas.		
		Establecer estrategias de distribución de pruebas caseras.		

**OBJETIVO 2.4: INCORPORAR EL ENFOQUE DE ESTATUS DE SERONEUTRALIDAD EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DEL VIH.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Fortalecer la capacidad a nivel institucional y del recurso humano para la integración del enfoque	Público general, escenario clínico, escuelas y población de jóvenes.	Desarrollar e implementar un plan de capacitación para la implementación del enfoque de sero-neutralidad del VIH dirigido a personal clave de los programas, administradores, y proveedores.	Departamento de Salud, Departamento de Educación, personas con diagnóstico de VIH, clínicas municipales, organizaciones de base	CDC Organization Based HIV Prevention Activities Health

<sup>7</sup> Los centros de salud primaria son organizaciones de base comunitaria y orientadas al paciente que prestan servicios de atención primaria de salud integrales, culturalmente competentes y de alta calidad a las personas y familias más vulnerables del país, incluidas las personas sin hogar, los trabajadores agrícolas, los residentes en viviendas públicas y los veteranos.



de estatus de seroneutralidad.		<p>Desarrollar los lineamientos para la implementación de una cascada de prevención del VIH basada en el enfoque de sero-neutralidad.</p> <p>Integrar a los esfuerzos educativos a la población general y poblaciones con conductas de riesgo los aspectos relacionados al enfoque de sero-neutralidad.</p>	comunitaria, Cuerpos asesores de planificación, colegios profesionales, centros de cuidado primario 330 y directores médicos y proveedores clínicos de centros de tratamiento de VIH.	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups
--------------------------------	--	---	---	--

### C. TRATAMIENTO

**Meta 3:** Tratar a las personas con diagnóstico positivo al VIH de forma rápida y eficaz para lograr una supresión vírica sostenida.

**OBJETIVO 3.1:** AMPLIAR LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL, COORDINADA Y EQUITATIVA A TODAS LAS PERSONAS EN PR CON UN DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
Abordar determinantes sociales y estructurales que generan barreras en la atención de las personas con diagnóstico positivo al VIH.	Personas con diagnóstico positivo al VIH por subpoblaciones o grupos demográficos, incluyendo jóvenes de 15 años o más	<p>Promover el análisis e investigaciones que permitan profundizar en los determinantes sociales y estructurales que inciden en la salud de las personas con diagnóstico positivo al VIH.</p> <p>Identificar las mejores prácticas basadas en evidencia para abordar los determinantes sociales y estructurales y las barreras que generan.</p> <p>Proveer capacitación a proveedores de servicios en prácticas basadas en evidencia para abordar los determinantes sociales y estructurales y las barreras que estos generan.</p>	Departamento de Salud, otras agencias y organizaciones que proveen servicios sociales y vinculados a la salud, proveedores, líderes comunitarios, la academia, Cuerpos asesores de planificación, Comunidad con diagnóstico positivo de VIH, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White, Comité Interpartes y Municipios.	<p>HRSA</p> <p>HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)</p> <p>HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)</p> <p>Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Part C)</p> <p>RWHAP Part D (WICY population with HIV)</p> <p>RWHAP Part F (NECA/AETC)</p> <p>Fundaciones</p> <p>Fondos estatales</p>

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
<p>Promover la prestación de servicios integrados de VIH que atiendan las comorbilidades, coinfecciones y complicaciones asociadas al VIH.</p>	<p>Población con un diagnóstico positivo al VIH, incluyendo grupos con necesidades especiales como personas con comorbilidades, adultos mayores, personas con uso problemático de sustancias, personas con condiciones de salud mental, Jóvenes de 15 años o más</p>	<p>Realizar un análisis regional para identificar áreas desprovistas de servicios de salud o con ofertas limitadas en cuanto a horarios de servicios.</p>	<p>Departamento de Salud, proveedores de servicios de salud, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White, NECA/AETC (RW Parte F), Comunidad con diagnóstico positivo de VIH y Cuerpos asesores de planificación.</p>	<p>HRSA HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A) HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF  Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Part C)  RWHAP Part D (WICY population with HIV) RWHAP Part F (NECA/AETC)  SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)  Fundaciones  Fondos estatales</p>
		<p>A base de las conclusiones del análisis, promover horarios flexibles, conforme a las necesidades de la población.</p>		
		<p>Expandir la diversidad en la oferta de servicios de salud que proveen los centros clínicos y de apoyo para que la persona con un diagnóstico positivo al VIH pueda recibir en un solo lugar los servicios que necesita.</p>		
		<p>Promover alianzas entre los proveedores para ofrecer servicios especializados para el tratamiento del VIH y comorbilidades.</p>		
		<p>Proveer capacitación en temas vinculados al VIH entre médicos especialistas y otros profesionales de la salud mental.</p>		
		<p>Promover la incorporación de temas asociados al tratamiento del VIH y comorbilidades en los currículos universitarios y la educación continuada a profesionales de la salud.</p>		
<p>Expandir la provisión de servicios de salud integrados para la población con un diagnóstico positivo al VIH en escenarios no convencionales, conforme las necesidades especiales de la población.</p>	<p>Futuros profesionales médicos, proveedores de salud actuales, investigadores, agencias públicas, grupos comunitarios, clínicas y organizaciones sin fines de lucro.</p>	<p>Incorporar en los cernimientos y entrevistas individuales a participantes de servicios con un diagnóstico positivo al VIH, campos de información que permitan identificar necesidades especiales, como socioeconómicas, de salud mental, físicas o de movilidad.  Promover el ofrecimiento de servicios clínicos y especializados adaptados a las necesidades de las personas con diagnóstico positivo al VIH, en escenarios no convencionales, como por ejemplo en el hogar, unidades móviles, égidas u hogares de vivienda asistida, entre otros.</p>	<p>Departamento de Salud, ASES, proveedores de servicios de salud, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White, Cuerpos asesores de planificación, NECA/AETC.</p>	<p>HRSA HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)  HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF  Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)  SAMHSA</p>

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
		Promover la provisión de servicios de apoyo en los hogares con un enfoque de salud mental y física.		Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)
		Ofrecer capacitación en literatura tecnológica a la población con diagnóstico positivo al VIH, que promueva el acceso a las distintas modalidades en la provisión de los servicios de salud.		Fundaciones Fondos estatales

Objetivo 3.2: AUMENTAR A 80% LAS PERSONAS DE NUEVO DIAGNÓSTICO DE VIH ENLAZADAS A CUIDADO MÉDICO EN O ANTES DE 30 DÍAS DESDE EL DIAGNÓSTICO.

Estrategias	En qué poblaciones deberían estar enfocadas las estrategias	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
Ampliar y diversificar las actividades para enlazar a la población con un diagnóstico positivo al VIH a los servicios de tratamiento.	Personas de nuevo diagnóstico de VIH, incluyendo usuarios de drogas inyectables, adultos mayores, jóvenes de 15 años o más, HSH, y personas heterosexuales.	Realizar actividades educativas de promoción del cuidado de la salud, el acceso a los servicios de tratamiento y los beneficios donde puedan participar tanto la población con diagnóstico positivo al VIH como su núcleo familiar.	Departamento de Salud, Programas Ryan White Proveedores de servicios, Centros de salud primaria 330, NECA/AETC (Programa Ryan White Parte F), Manejadores de casos clínicos, ASES/aseguradoras, Cuerpos asesores de planificación, personal de enlace a tratamiento y Comunidad con diagnóstico positivo de VIH	HRSA HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A) HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B
		Revisar los procesos de prestación de servicios para identificar alternativas para reducir el tiempo en que una persona se realiza la prueba y es diagnosticada por un médico, así como factores que retrasan el enlace temprano a tratamiento.		

Estrategias	En qué poblaciones deberían estar enfocadas las estrategias	Actividades	Actores claves	Fuentes de fondos
		<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, equipos multidisciplinarios y otro personal vinculado a la provisión de servicios, sobre la importancia del enlace temprano a tratamiento.</p> <p>Aumentar el número de proveedores capacitados y culturalmente sensibles en el manejo de la población de adultos mayores, HSH, HSH Jóvenes, personas que se inyectan drogas y población transexual con diagnóstico positivo al VIH.</p> <p>Promover que se extiendan los horarios de servicios de los centros de salud y aumentar los espacios disponibles para aquellos pacientes que requieran atención inmediata y recurran a los centros de servicios sin citas.</p>		<p>Suplementaria / ADAP ERF)</p> <p>Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Part C)</p> <p>RWHAP Part D (WICY population with HIV)</p>

**OBJETIVO 3.3: AUMENTAR EN UN 10% EL REENLACE A CUIDADO MÉDICO DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH QUE ESTÁN FUERA DE TRATAMIENTO.**

Estrategias	En qué poblaciones deberían estar enfocadas las estrategias	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
<p>Establecer sistemas integrados para re-enlazar a las personas que han estado fuera de tratamiento por seis (6) meses o más.</p>	<p>Población con un diagnóstico positivo al VIH fuera de tratamiento</p>	<p>Formalizar las actividades de seguimiento a personas que se hayan desvinculado de los servicios de tratamiento, a través del desarrollo de protocolos uniformes.</p>	<p>Departamento de Salud, Programas Ryan White, proveedores de servicios vinculados al VIH, proveedores de otros servicios de apoyo y complementarios, manejadores de casos Cuerpos asesores de planificación, Centros de cuidado primario 330 y Municipios, ASES, y personal de enlace a tratamiento</p>	<p>HRSA HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)</p> <p>Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)</p>
		<p>Continuar educando sobre mejores prácticas culturalmente sensibles dirigidas al reenlace a tratamiento.</p>		
		<p>Diseminar y viabilizar la implementación de las mejores prácticas, culturalmente sensibles dirigidas al reenlace a tratamiento identificadas.</p>		
		<p>Promover la provisión de servicios de apoyo emocional y psicológico, incluyendo intervenciones de pares, para promover el reenlace a tratamiento.</p>		
		<p>Promover los beneficios de los servicios de tratamiento de VIH en las comunidades, escenarios donde se proveen servicios de apoyo y de servicios complementarios y en lugares frecuentados por poblaciones con conductas de riesgo como, por ejemplo, clínicas de medicación asistida y centros de metadona.</p>		
		<p>Proveer capacitación a la población con diagnóstico positivo al VIH en el uso de tecnologías para acceder a la información sobre los servicios de tratamiento, incluyendo los médicos, clínicas y proveedores de servicios.</p>		
		<p>Realizar acuerdos colaborativos entre entidades/centros/agencias que ofrecen servicios de búsqueda para el reenlace a cuidado de VIH.</p>		
		<p>Continuar implementando actividades de alcance ("outreach") dirigidas a contactar y re-enlazar a las personas que han estado fuera de tratamiento por más de seis (6) meses.</p>		

**OBJETIVO 3.4: AUMENTAR A 90% LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH QUE SE RETIENEN EN CUIDADO MÉDICO.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
<p>Ampliar la oferta de servicios de apoyo según el perfil de las poblaciones que presentan los retos mayores para la retención.</p>	<p>Población con un diagnóstico positivo al VIH, que de acuerdo con el perfil epidemiológico, presentan los retos mayores para la retención.</p>	<p>Generar un perfil de las poblaciones con mayor dificultad para mantener el tratamiento que facilite la toma de decisiones y la orientación de recursos para promover la retención.</p>	<p>Departamento de Salud, proveedores de servicios de VIH, otros proveedores de servicios y Cuerpos asesores de planificación, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White, Comité Interpartes</p>	<p>HRSA HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)  HIV Care Formula Grants B/ADAP, Part B  Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)  RWHAP Part D (WICY population with HIV)  HUD Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)  SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)</p>
		<p>Facilitar el acceso a la información para acceder a los servicios de tratamiento incluyendo aquella información referente a servicios de apoyo o complementarios.</p>		
		<p>Aumentar los servicios de apoyo o complementarios, incluyendo, pero sin limitarse a los servicios de transportación y alcance.</p>		
		<p>A través de alianzas con otras entidades, promover el acceso de la población a otros servicios que inciden en la estabilidad de las personas con un diagnóstico positivo al VIH (salud mental, acceso a empleo y vivienda, entre otros).</p>		
		<p>Continuar educando sobre prácticas culturalmente sensibles dirigidas a la retención en tratamiento.</p>		
<p>Promover el fortalecimiento y retención del recurso humano que provee los servicios de</p>	<p>Personal de servicios de tratamiento y servicios de apoyo</p>	<p>Desarrollar y promover la colaboración entre centros de salud y la combinación de recursos económicos, para mejorar la integración de distintos servicios y balancear las cargas de los proveedores.</p>	<p>Departamento de Salud, NECA/AETC (Programa Ryan White Parte F), Proveedores de servicios de VIH y de apoyo,</p>	<p>HRSA HIV Care Formula Grants B/ADAP, Part B  HUD Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA)</p>

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
tratamiento y apoyo.		Capacitar y proveer las herramientas adecuadas para evitar el "burnout" de los proveedores de servicios a fines de aumentar o sostener la oferta de servicios de salud.	Academia, Cuerpos asesores de planificación, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White y Municipios	SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)
		Promover la utilización de mecanismos como reuniones y comunicaciones del equipo de cuidado, multi e interdisciplinario, así como entre los distintos proveedores.		

**OBJETIVO 3.5: AUMENTAR A 85% LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA.**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Promover un cuidado de salud integrado, coordinado y centrado en la persona con diagnóstico positivo al VIH que apoye la supresión de carga viral.	Proveedores de Servicio clínico y de apoyo, incluyendo manejadores de caso	Mantener el acceso a nuevos medicamentos para el tratamiento de VIH en coordinación directa con ASES.	Departamento de Salud, NECA/AETC (Programa Ryan White Parte F), Academia, Colegio de Médicos, Colegios Profesionales y Juntas Examinadoras, HIV Treaters Association, ASES, Aseguradoras, Proveedores de servicios de VIH, Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White y Cuerpos asesores de planificación	HRSA
		Capacitación anual a médicos, manejadores de caso y otro personal clínico que proveen servicios a personas con un diagnóstico positivo al VIH sobre nuevos medicamentos para el tratamiento de VIH.		HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)
		Fomentar el uso de mejores prácticas clínicas para el cuidado de las personas con un diagnóstico positivo al VIH, según las Guías de Tratamiento de VIH.		HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)
				Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Part C)

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Promover proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a alcanzar la supresión de carga viral en jóvenes, personas que se inyectan drogas (PID) y población Trans, entre otros grupos donde existe una proporción alta de personas en cuidado sin supresión viral.	Jóvenes, PID y población Trans con diagnóstico positivo al VIH que tienen la carga viral no suprimida, entre otros grupos donde existe una proporción alta de personas en cuidado sin supresión viral.	Identificar el número de jóvenes y PID y otras poblaciones con un diagnóstico positivo al VIH que cumplen con el criterio de carga viral no suprimida en cada centro clínico.	Departamento de Salud, Programas Ryan White, Proveedores de servicios de VIH, Programa de Vigilancia VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes, ASSMCA, Centros de salud primaria 330 y Municipios	HRSA HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)  Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C) RWHAP Part D (WICY population with HIV)
		Implementar proyectos de mejoramiento de calidad dirigidos a alcanzar la supresión viral en la población de jóvenes, PID y otras poblaciones con un diagnóstico positivo al VIH.		
		Monitorear las cargas virales de las personas con un diagnóstico positivo al VIH identificadas en cada centro clínico.		

**OBJETIVO 3.5: AUMENTAR A 85% LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO POSITIVO AL VIH CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA (CONT.).**

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
Educar a grupos poblacionales con bajo porcentaje de supresión viral sobre los servicios disponibles y la importancia de la retención y adherencia al tratamiento, respectivamente.	Grupos donde existe una proporción alta de personas en cuidado sin supresión viral, incluyendo Jóvenes, PID y población Trans con diagnóstico positivo al VIH que tienen la carga viral no suprimida, entre otros.	Identificar las estrategias adecuadas de orientación.	Departamento de Salud, Programas Ryan White, Proveedores de servicios de VIH, Academia, Programa de Vigilancia VIH, Cuerpos Asesores de Planificación, Comité Interpartes, ASSMCA, Centros de salud primaria 330, Comunidad con diagnóstico positivo de VIH y Municipios	HRSA HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)  Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)
		Implementar las estrategias de orientación sobre los servicios disponibles y la importancia de la retención y adherencia a tratamiento.		
		Evaluar la retención y adherencia en cuidado de los grupos orientados.		



## D. RESPUESTA

**Meta 4:** Responder de manera coordinada e integrada a la sindemia del VIH

OBJETIVO 1.1: FORTALECER LA PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN MULTISECTORIAL PARA ATENDER LA SINDEMIA DE VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES Y SALUD MENTAL, PARA CONTAR CON UN SISTEMA INTEGRADO Y QUE PROVEA ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
<p>Fortalecer los mecanismos de medición, monitoreo y evaluación para continuar promoviendo una cultura de uso de datos en la toma de decisiones en respuesta a la sindemia.</p>	<p>DS, Cuerpos Asesores de Planificación, NECA/AETC, Academia.</p>	<p>Identificación, desarrollo y/o revisión de métricas para entender y atender de manera integrada la sindemia.</p>	<p>DS, División de Vigilancia VIH, Academia, otras agencias vinculadas al sistema de salud, Cuerpos Asesores de Planificación, Programas Ryan White, Proveedores de servicios de salud y apoyo, Comité Interpartes, NECA/AETC (Programa Ryan White Parte F).</p>	<p>CDC Epidemiologic Research Studies of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups</p>
		<p>Diseñar e implementar estrategias de educación sobre el uso de la información para atender de manera integrada la sindemia y responder de manera efectiva a brotes.</p>		<p>Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance</p>
		<p>Establecer los mecanismos de rendición de cuentas sobre las estrategias del Plan integrado de vigilancia, prevención y tratamiento.</p>		

OBJETIVO 1.1: FORTALECER LA PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN MULTISECTORIAL PARA ATENDER LA SINDEMIA DE VIH, ITS, HEPATITIS VIRALES Y SALUD MENTAL, PARA CONTAR CON UN SISTEMA INTEGRADO Y QUE PROVEA ACCESO EQUITATIVO A SERVICIOS (CONT.).

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
<p>Continuar promoviendo la integración de servicios vinculados al VIH, ITS, Hepatitis.</p>	<p>Red de proveedores de servicios</p>	<p>Cotejar mediante un ejercicio de evaluación del directorio de organizaciones, el estado de la oferta de servicios a modo de balancear los recursos acordes con la necesidad actual no cubierta.</p>	<p>DS, Academia, otras agencias vinculadas al sistema de salud (Centros de salud primaria 330, Programas Ryan White), Proveedores de servicios de salud, NECA/AETC.</p>	<p>HRSA, CDC</p>
		<p>Identificar fondos disponibles y recurrentes para la oferta de servicios.</p>		
		<p>Desarrollo de alianzas colaborativas con actores que brindan otros servicios pero que tienen contacto con comunidades desprovistas de servicios de prevención y diagnóstico.</p>		
		<p>Promover proyectos piloto que combinen la provisión de servicios dirigidos a responder a la sindemia.</p>		

OBJETIVO 1.2: CONTINUAR PROMOVRIENDO CAMBIOS EN POLÍTICA PÚBLICA DIRIGIDOS A INTEGRAR LOS ESFUERZOS DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH, ITS Y HEPATITIS VIRALES

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades	Actores claves	Fuente de fondos
<p>Reactivación del 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 y TB en Puerto Rico.</p>	<p>Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, DS, proveedores de servicios, otras entidades vinculadas al tema.</p>	<p>Promover la promulgación de OE relacionada al Comité</p>	<p>Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, Departamento de Salud, proveedores de servicios, otras entidades vinculadas al tema,</p>	<p>HRSA, CDC</p>
		<p>Identificar el estatus actual de las piezas de política pública desarrolladas como parte del plan.</p>		
		<p>Identificar y priorizar áreas temáticas de política pública con las que trabajará el Comité.</p>		
		<p>Formular estrategias para abordar las necesidades de política pública identificadas.</p>		
		<p>Presentar paquete de medidas.</p>		
<p>Diseminar información sobre medidas adoptadas.</p>				

## SECCIÓN VI: IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN INTEGRADA 2022-2026, MONITOREO Y SEGUIMIENTO JURISDICCIONAL

### 1. ACERCAMIENTO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN 2022-2026

#### A. IMPLEMENTACIÓN

El acercamiento para la implementación del Plan Integrado 2022-2026, está fundamentado en las lecciones aprendidas y mejores prácticas utilizadas en la implementación del plan durante el periodo de 2017-2021. Como parte del proceso de desarrollo del *Plan Integrado*, se estableció un Comité de Planificación con representación del personal de las divisiones del Departamento de Salud de Puerto Rico que trabajan con la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH. Al igual que sucedió en 2017, este grupo se establecerá con carácter de permanencia, y se añadirán miembros conforme a la necesidad para implementar el plan. El objetivo de este grupo de trabajo será proveer guía y retroalimentación para la implementación del Plan. Para esto, se sostendrán reuniones mensuales de trabajo. Además, a través del proceso se establecerán mecanismos de reporte y rendición de cuentas a los/as/es actores que participaron del proceso de planificación integrada. Esto con el objetivo de reportar sobre el nivel de progreso en la implementación del Plan y obtener su insumo para afinar aspectos que sea pertinente en la implementación.

#### B. MONITOREO

Como documento complementario al *Plan Integrado*, el Departamento de Salud – al igual que durante el 2017-2021 - desarrollará un plan de evaluación detallado que permitirá monitorear la implementación del plan, enfocándose en los principios de evaluación de procesos y desempeño.

A través de un acercamiento que utilizará diversas fuentes de información, se recopilarán los datos e indicadores sobre los productos de las actividades establecidas para cada estrategia y los resultados con respecto a los cuatro pilares del Plan y sus objetivos correspondientes. De acuerdo con la experiencia previa, se entiende que las fuentes a utilizarse incluirán:

- | informes sistemáticos de los proveedores de servicios y recipientes de fondos para servicios de prevención y tratamiento del VIH;
- | información y estadísticas oficiales provenientes de:
  - Sistema de Vigilancia del VIH del Departamento de Salud de P.R.;
  - estudios encomendados por los Cuerpos Asesores de Planificación; y
  - datos provenientes de otras fuentes oficiales 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; *Early Identification of Individuals with HIV Database*, *Trabajadores de Enlace a Cuidado (TEC Database)*, *ADAP Data Base* y el *Pharmacy Benefit Manager (PBM) database*;

- base de datos de la Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES) 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 a los Cuerpos Asesores de Planificación, para mantenerlos informados sobre el progreso del Plan Integrado y recibir su insumo. Las unidades de evaluación de la División de Prevención de ETS/VIH, el Programa Ryan White Parte B/ADAP, Vigilancia VIH/SIDA y OCASET estarán a cargo de los procesos de evaluación, según corresponda.

---

### C. EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO

Para evaluar y mejorar los resultados en la salud se utilizará la estructura desarrollada por la División de Prevención de VIH/ETS y el Programa Ryan White Parte B/ADAP, bajo la dirección de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar, Servicios Integrados y Promoción de la Salud 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/ETS/Hepatitis Virales, esta cuenta con la Unidad de Monitoría, Evaluación y Aseguramiento de Calidad, la cual provee apoyo a todas las otras unidades vinculadas a la prevención del VIH, las ITS y las Hepatitis Virales, y tiene la responsabilidad de implementar actividades de evaluación y aseguramiento de calidad. El equipo de evaluadores de esta unidad es responsable 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 sindemia 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 las personas con diagnóstico positivo al VIH. La Unidad está compuesta por una analista de planificación (Gerente del Proyecto del Plan Integrado), una especialista en planificación y evaluación, una evaluadora, dos coordinadores para el manejo de datos del CAREWare y otras bases de datos, un recurso para la entrada de datos y un Programador.

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 PR, el sistema de recopilación y análisis de los servicios que se proveen a las personas con diagnóstico de VIH (CareWare) en la red de servicios del Programa y las bases de datos generados para recopilar información sobre enlace, re-enlace y retención en cuidado y la implementación y evaluación de los planes de trabajo federal y estatal, incluyendo el Plan Integrado.

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 con diagnóstico positivo de VIH se discutan mediante un proceso de participación comunitaria. Ambos proyectos cuentan con la representación y participación de personas con diagnóstico positivo al VIH, la Academia, 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, se trabaja en diez reuniones ordinarias anuales con la identificación de necesidades, análisis e implementación de estrategias que sea viables para atender los asuntos prioritarios, incluyendo el Plan Integrado.

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: la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad; el Comité Guía de Calidad; y el Comité Integral de Calidad. En cumplimiento con su misión de "asegurar que los servicios clínicos y de apoyo provistos por las organizaciones subvencionadas por Ryan White Parte B/ADAP en Puerto Rico sean accesibles y en acuerdo con los estándares de tratamiento más recientes", este componente tendrá a su cargo todas las actividades relacionadas a la revisión y planificación de las actividades de mejoramiento contenidas en el plan integrado. La unidad responsable de esta ejecución es el Comité Guía de Calidad que se reúne trimestralmente y está compuesto por 15 miembros, incluyendo representantes de la comunidad con diagnóstico positivo de VIH.

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 y representantes de la comunidad con diagnóstico positivo de VIH, 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 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.

---

#### **D. PRESENTACIÓN DE INFORMES Y DISEMINACIÓN**

A través del año, el Departamento de Salud, emitirá informes de progreso y se separará un espacio durante las reuniones periódicas que mantienen los Cuerpos de Planificación para presentar los informes sobre el progreso y resultados del Plan y recibir su insumo.

Al final de cada año calendario se llevará a cabo una actividad de rendición de cuentas dirigida a los participantes del proceso de planificación y el público en general, y se publicará un informe que resuma los productos y resultados alcanzados. El informe se compartirá y discutirá con los Cuerpos Asesores de Planificación 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 la ciudadanía.

## SECCIÓN VII: CARTAS DE CONCURRENCIA

### 1. CDC PREVENTION PROGRAM PLANNING BODY CHAIR(S) OR REPRESENTATIVE(S)



**GOVERNMENT OF PUERTO RICO**  
PUERTO RICO DEPARTMENT OF HEALTH

December 8, 2022

Ruth N. Moro, MD, MPH  
Project Officer CDC/NCHHSTP/DHP/PDIB  
Center for Disease Control and Prevention  
Atlanta, GA

Dear Mrs. Moro:

The HIV Prevention Planning Group concurs with the following submission by the Puerto Rico Department of Health (PRDOH) in response to the guidance set forth for health departments and HIV planning groups funded by the CDC's Division of HIV/AIDS Prevention (DHAP) and HRSA's HIV/AIDS Bureau (HAB) for the development of an Integrated HIV Prevention and Care Plan, including the Statewide Coordinated Statement of Need (SCSN) for calendar year (CY) 2022-2026.

The HIV Prevention Planning Group has reviewed the Puerto Rico Integrated HIV Surveillance, Prevention and Care Plan submission to the CDC and HRSA to verify that it describes how programmatic activities and resources are being allocated to the most disproportionately affected populations and geographical areas with high rates of HIV.

The planning body concurs that the Plan fulfills the requirements put forth by the CDC's Notice of Funding Opportunity for Integrated HIV Surveillance and Prevention Programs for Health Departments and the Ryan White HIV/AIDS Program legislation and program guidance. For purposes of developing the Integrated Plan, the jurisdiction utilized a participatory planning and empowerment approach, through which representatives from the planning body and other stakeholders actively participated in identifying and prioritizing needs, defining goals and objectives, and designing strategies. Persons representing the planning body participated in the workshops and consultations held as part of the planning process and had the opportunity to further review the plan during the publication and comments period.

For the purposes of implementing the Integrated Plan, the PRDoH proposed a structure similar to that employed in 2017-2021, which included the creation of working groups with representatives from the planning bodies and the community with a positive HIV diagnosis, discussion and presentation of progress before planning bodies and other accountability efforts.

The signature below confirms the concurrence of the HIV Prevention Planning Group concurs with the Integrated HIV Prevention and Care Plan.

Sincerely,



Javier Vázquez Meléndez, MBA  
Puerto Rico Department of Health  
State Co-Chair HIV Prevention Planning Group



## 2. RWHAP PART B PLANNING BODY CHAIR OR REPRESENTATIVES



DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**

December 8, 2022

José E. Au Lay, MD, MMS, MSHA  
Senior Public Health Analyst  
HRSA/HAB  
Division of State HIV/AIDS Programs  
5600 Fishers Lane  
Rockville, MD 20857  
e-mail: jaulay@hrsa.gov

Dear Dr. Au Lay:

The Ryan White Part B/ADAP Planning Body concurs with the following submission by the Puerto Rico Department of Health (PRDOH) in response to the guidance set forth for health departments and HIV planning groups funded by the CDC's Division of HIV/AIDS Prevention (DHAP) and HRSA's HIV/AIDS Bureau (HAB) for the development of an Integrated HIV Prevention and Care Plan, including the Statewide Coordinated Statement of Need (SCSN) for calendar year (CY) 2022-2026.


The Planning Body has reviewed the Puerto Rico Integrated HIV Surveillance, Prevention and Care Plan submission to the CDC and HRSA to verify that it describes how programmatic activities and resources are being allocated to the most disproportionately affected populations and geographical areas with high rates of HIV.

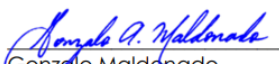
The Ryan White Part B/ADAP Planning Body concurs that the Plan fulfills the requirements put forth by the CDC's Notice of Funding Opportunity for Integrated HIV Surveillance and Prevention Programs for Health Departments and the Ryan White HIV/AIDS Program legislation and program guidance. For purposes of developing the Integrated Plan, the jurisdiction utilized a participatory planning and empowerment approach, through which representatives from the planning body and other stakeholders actively participated in identifying and prioritizing needs, defining goals and objectives, and designing strategies. Persons representing the planning body participated in the workshops and consultations held as part of the planning process and had the opportunity to further review the plan during the publication and comments period.

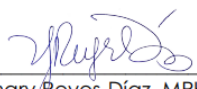
For the purposes of implementing the Integrated Plan, the PRDOH proposed a structure similar to that employed in 2017-2021, which included the creation of working groups with representatives from the planning bodies and the community with a positive HIV diagnosis, discussion and presentation of progress before planning bodies and other accountability efforts.

The signature(s) below confirms the concurrence of the Ryan White Part B/ADAP Planning Body with the Integrated HIV Prevention and Care Plan.

Sincerely,

  
Anselmo Fonseca  
HIV Community Co-Chair  
RW Part B Planning Body

  
Gonzalo Maldonado  
Service Provider Co-Chair  
RW Part B Planning Body

  
Yomary Reyes-Díaz, MPH, MHSA  
State Co-Chair  
RW Part B Planning Body

## REFERENCIAS EXAMINADAS PARA EFECTOS DEL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PLANIFICACIÓN

- Estudio de brechas en servicios de prevención y cuidado para Infecciones de Transmisión Sexual (2020). Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Estudio de Brecha en Servicios de Vigilancia, Prevención y Tratamiento de Hepatitis en Puerto Rico (2022). Estudios Técnicos, Inc. para el Departamento de Salud.
- Waves Ahead, Corp. and JSI Research & Training Institute Inc. (2021). Needs Assessment of Older LGBT+ Adults Living with HIV in Puerto Rico.
- Rivera-Díaz, M., Varas-Díaz, N., Padilla, M., Vargas-Cancel, M.A. & Serrano, N. (2017). Family interaction and social stigmatization of people living with HIV and AIDS in Puerto Rico. *Trabajo Social Global – Global Social Work. Revista de Investigaciones en Intervención social*, 7(13), Julio-diciembre 2017, 3-26.
- Varas-Díaz, N., Rivera-Segarra, E., Neilands, T.B., Pedrogo, Y., Carminelli-Corretjer, P., Tollinchi, N., Torres, E., Soto Del Valle, Y., Rivera Díaz, M. & Ortiz, N. (2019). HIV/AIDS and intersectional stigmas: Examining stigma related behaviours among medical students during service delivery, *Global Public Health*, DOI: 10.1080/17441692.2019.1633378
- Varas-Díaz, N., Rivera-Segarra, E., Neilands, T.B., Carminelli-Corretjer, P., Rivera, F., Varas-Rodríguez, E., Ortiz, N., Pedrogo, Y. & Rivera Díaz, M. (2019): HIV/AIDS stigma manifestations during clinical interactions with MSM in Puerto Rico, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, DOI: 10.1080/10538720.2018.1548325
- Varas-Díaz, N., Rivera, M., Rivera-Segarra, E., Neilands, T.B., Ortiz, N., Pedrogo, Y., Mendoza, S., Rivera Amador, A., Martínez García, S., Rivera Suazo, S. & Albizu-García, C.E. (2017): Beyond negative attitudes: Examining HIV/AIDS stigma behaviors in clinical encounters, *AIDS Care*, DOI: 10.1080/09540121.2017.1322679
- Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA, Rosa-Cunha I, Arons A, Pugliese JC, Vena D, Sparano JA, Wilkin TJ, Bucher G, Stier EA, Tirado Gomez M, Flowers L, Barroso LF, Mitsuyasu RT, Lensing SY, Logan J, Aboulafia DM, Schouten JT, de la Ossa J, Levine R, Korman JD, Hagensee M, Atkinson TM, Einstein MH, Cracchiolo BM, Wiley D, Ellsworth GB, Brickman C, Berry-Lawhorn JM; ANCHOR Investigators Group. Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer. *N Engl J Med*. 2022 Jun 16;386(24):2273-2282. doi: 10.1056/NEJMoa2201048. PMID: 35704479.
- Rivera Díaz, M., Álamo, N. & Ruiz Rapale, M. (2019). Fronteras de salud y Derechos Humanos: mujeres inmigrantes viviendo con VIH en Puerto Rico. En Rivera Díaz, M., Franch, M., Sacramento, O. & Rojas, P. (Comp.), *VIH, Migraciones y Derechos Humanos: Perspectivas Internacionales* (pp. 77-103). CLACSO.
- NECA/AETC (2022). NEEDS ASSESSMENT FINDINGS.

National HIV Behavioral Surveillance (NHBS) del Programa de Vigilancia de VIH, Departamento de Salud.

Estudio de Necesidad de Tratamiento, Ryan White Parte B/ADAP, 2022 (en proceso), Departamento de Salud.

Estudio de Necesidad de Prevención del VIH (2022), en proceso. Departamento de Salud.