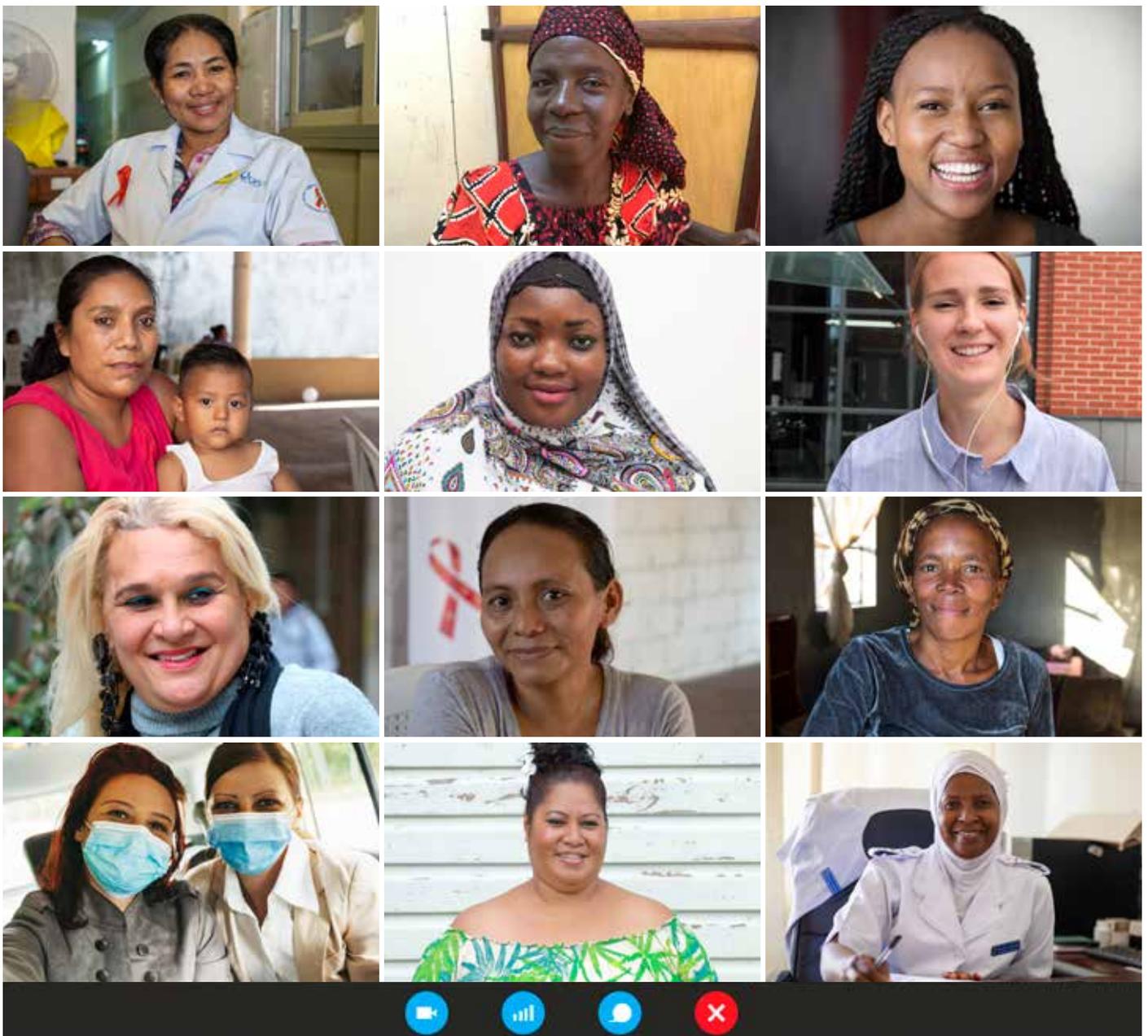


# APROVECHANDO EL MOMENTO

La respuesta al VIH en el Caribe





# ÍNDICE

Aprovechando el momento	3
Prefacio	4
El Caribe	6
Barbados	22
Cuba	24
Dominica	26
República Dominicana	28
Guyana	30
Haití	32
Jamaica	34
Santa Lucía	36
Surinam	38
Trinidad y Tobago	40
Anexo sobre los métodos	42



# APROVECHANDO EL MOMENTO



*Al igual que la epidemia del VIH lo hizo antes, la pandemia de la COVID-19 está exponiendo las fragilidades de nuestro mundo, incluidas las desigualdades económicas y sociales persistentes y las inversiones lamentablemente inadecuadas en salud pública.*

*En muchas partes del mundo, la COVID-19 está sumándose a la epidemia de VIH en curso. Como lo muestra el último informe de ONUSIDA, la epidemia del VIH sigue siendo un asunto enorme e inconcluso. Las desigualdades de género, la violencia de género, y la criminalización y marginación de los grupos vulnerables siguen impulsando el VIH.*

*Esta crisis es una llamada de atención para hacer las cosas de otra manera. Necesitamos una recuperación basada en la justicia económica y social, ya que las brechas en la respuesta a ambas pandemias, ya sea de VIH o COVID-19, pueden ser explicadas por la desigualdad.*

**António Guterres**  
Secretario General  
de Naciones Unidas

# PREFACIO

La pandemia de la COVID-19 ha cambiado nuestro mundo enormemente durante los últimos seis meses.

Me enorgullece que se estén utilizando décadas de experiencia en la respuesta al VIH en la respuesta al coronavirus, y que los activistas de todo el mundo estén trabajando arduamente para asegurarse de que se minimice la interrupción de los servicios relacionados con el VIH. Este informe describe a algunos activistas, como Theory So de Camboya, que ha estado viviendo con el VIH durante 15 años. Theory ofrece servicios de asesoramiento todos los días en el Khmer-Soviet Friendship Hospital en Phnom Penh, el primer centro de tratamiento del VIH del país que ahora se utiliza para responder a la COVID-19.

Nuestro progreso para poner fin al sida como una amenaza para la salud pública para 2030 ya estaba fuera de curso antes del brote de la COVID-19. Ahora esta crisis tiene el potencial de desviarnos aún más de nuestro rumbo. El modelado realizado a nombre de ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud ha demostrado que una interrupción de los suministros médicos durante seis meses podría provocar 500 000 muertes adicionales relacionadas con el sida solo en el África subsahariana a finales de 2021.

No podemos permitir que los logros alcanzados con tanto esfuerzo en la respuesta al VIH se inviertan. Sobre todo, porque todavía queda mucho por hacer.

De los 38 millones de personas que viven con el VIH, 25.4 millones están recibiendo tratamiento. Eso significa que 12 millones de personas siguen esperándolo. Las infecciones por VIH se han reducido en un 23 % desde 2010, gracias en gran parte a una disminución sustancial del 38 % en África oriental y meridional. Pero las infecciones por el VIH han aumentado en un 72 % en Europa oriental y Asia central, en un 22 % en Oriente Medio y África del Norte y en un 21 % en América Latina.

A nivel mundial, todavía hubo 690 000 muertes relacionadas con el sida en 2019 y 1.7 millones de nuevas infecciones. Nuestra meta para 2020 de reducir las muertes relacionadas con el sida a menos de 500 000 y las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 no se cumplirán.

La violencia y las desigualdades de género continúan alimentando la epidemia. En el África subsahariana, las mujeres jóvenes y las adolescentes representaron una de cada cuatro nuevas infecciones en 2019, a pesar de representar aproximadamente el 10 % de la población total.

Se estima que en todo el mundo 243 millones de mujeres y niñas (de 15 a 49 años) han sido sometidas a violencia sexual y/o física perpetrada por una pareja íntima en los últimos 12 meses.

Mientras tanto, sabemos que las mujeres que sufren este tipo de violencia tienen 1.5 veces más probabilidades de contraer el

VIH que las mujeres que no han sufrido violencia. Entre los grupos marginados, una alta prevalencia de violencia también está relacionada con tasas más altas de infección por el VIH. Las trabajadoras sexuales tienen un riesgo 30 veces mayor de contraer el VIH que la población en general.

Sabemos cómo tratar el VIH y cómo prevenir que las personas se infecten. Lo que necesitamos desesperadamente es una política diferente para garantizar que todos en todas partes tengan la derecho a la salud.

Esto debe incluir esfuerzos concertados para dismantelar las injusticias y desigualdades que ponen a las mujeres y niñas jóvenes, los hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales, las personas trans, las personas que consumen drogas, los presos y los migrantes en mayor riesgo de infectarse con VIH.

La crisis de prevención del VIH debe abordarse otorgando a todos, en todas partes, el derecho a la salud, derribando las barreras que impiden que las personas reciban servicios esenciales. Al abordar la COVID-19, debemos aprender las dolorosas lecciones de una historia de acceso desigual al tratar con VIH. Millones murieron de enfermedades relacionadas con el sida mientras había medicamentos disponibles que podrían haberles salvado la vida. Debemos asegurarnos de que los tratamientos para la COVID-19 y una eventual vacuna contra el coronavirus



Fotografía: ONUSIDA

estén disponibles para todos en todas partes, gratis en el punto de uso.

Necesitamos una respuesta multisectorial al VIH y otras epidemias asegurándonos, por ejemplo, de que los niños y las niñas completen la educación secundaria, de que las personas ya no sean criminalizadas por quiénes son o quiénes aman, y que exista un enfoque de salud pública basado en los derechos para el consumo de drogas.

Las respuestas exitosas a una pandemia deben estar arraigadas en los derechos humanos, estar basadas en evidencias y ser lideradas por la comunidad y totalmente financiadas. Debemos aprender la lección de una vez por todas.

El VIH se ha caído de la agenda internacional durante algunos años. Es por eso que les pido a los líderes que se unan para apoyar una

Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para la erradicación del sida en 2021 y abordar los asuntos pendientes que nos impiden poner fin a la epidemia como una amenaza para la salud pública para 2030.

No debemos abandonar nuestros esfuerzos contra el VIH.

El informe global de ONUSIDA 2020 es un llamado a la acción. Destaca la escala de la epidemia del VIH y cómo se desarrolla a lo largo de las líneas divisorias de las desigualdades. Podemos y debemos cerrar las brechas.

### **Winnie Byanyima**

Directora Ejecutiva de ONUSIDA

# EL CARIBE

## DATOS CLAVE

LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH HAN

**DESCENDIDO UN 29 %**

DESDE EL AÑO 2010, Y LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA HAN DISMINUIDO UN 37 %

LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE Y SUS PAREJAS SEXUALES REPRESENTAN

**EL 60 % DE LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH**

EN LA REGIÓN

**LA MITAD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH**

EN LA REGIÓN TIENEN LA CARGA VIRAL SUPRIMIDA

**EL 57 % DE LAS NUEVAS INFECCIONES**

EN LA REGIÓN SE PRODUCEN ENTRE HOMBRES, Y EL 26 % ENTRE GAYS Y OTROS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH SE HA

**REDUCIDO CASI A LA MITAD**

DESDE 2010

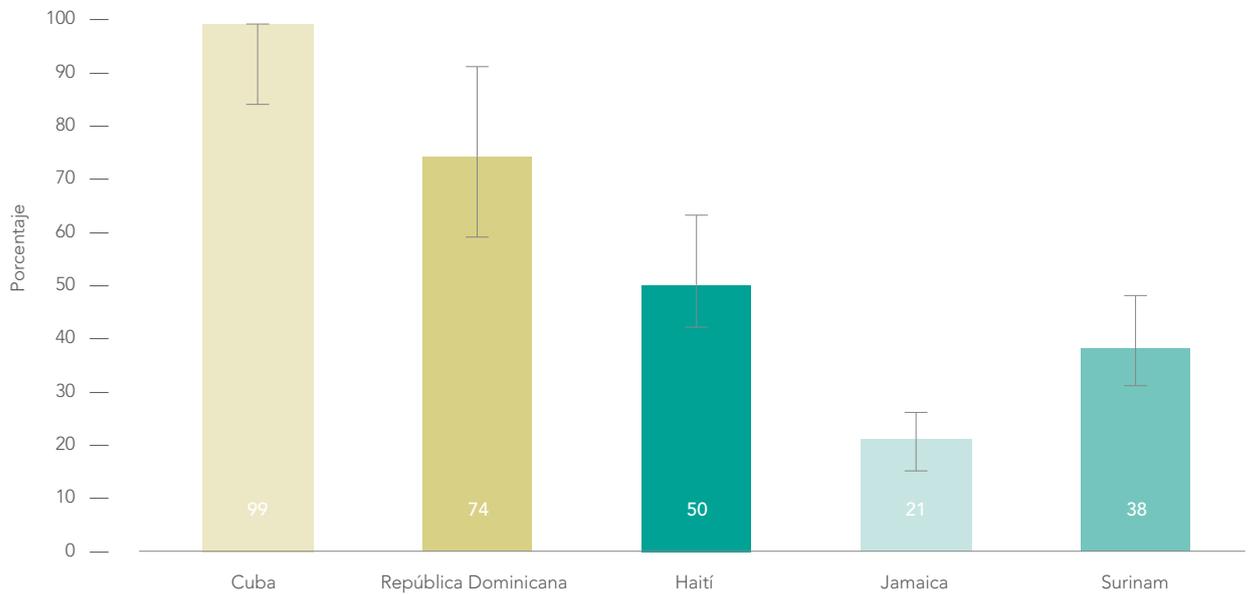
En el Caribe se ha avanzado mucho en lo referente a la reducción de las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida. De hecho, así lo demuestra la incidencia: la tasa de prevalencia ha ido descendiendo progresivamente, y ha pasado de un 6.1 % en 2010 a un 3.9 % en el año 2019.

Los caribeños siguen dando pasos para lograr eliminar la transmisión del VIH de madres a hijos, y ya son siete los países que han conseguido la revalidación. Más del 90 % de las mujeres embarazadas que viven con el VIH conocían su estado serológico positivo en cinco de los nueve países de la región que comunicaron a ONUSIDA sus datos de 2019. Sin embargo, se necesita ampliar el alcance de las estrategias eficaces para garantizar así que las mujeres que viven con el VIH empiecen a recibir pronto sus cuidados prenatales y continúen con su tratamiento antirretroviral, y para que el acceso a estos servicios esté también disponible para las futuras madres que viven en la pobreza y para las migrantes y supervivientes de la violencia de género.

Por otro lado, se han ralentizado las pruebas y la cascada de tratamiento, lo que pone de manifiesto que hemos de expandir los métodos demostrados para detectar los casos activos, darles acceso a los cuidados relacionados con el VIH y velar por la retención asistencial, incluso mediante programas basados en la comunidad. Asimismo, en la región se observa un déficit en lo referente a las intervenciones integrales para lograr la prevención. Las Bahamas y Barbados siguen siendo los únicos países con programas nacionales que suministran profilaxis previa a la exposición a través de su sector sanitario público. Distintas organizaciones no gubernamentales están proporcionando profilaxis previa a la exposición en la República Dominicana, y esta está también disponible en Jamaica y Surinam a través del sector privado y estudios piloto.

Las respuestas al VIH en la región se enfrentan a un gran desafío: los altísimos niveles de migración, los cuales ejercen una gran presión en los sistemas sanitarios y educativos, y en el mercado laboral. Los sistemas sanitarios de los Gobiernos están también luchando para absorber programas tradicionalmente financiados por donantes internacionales, como la prevención del VIH y las iniciativas centradas en grupos de población clave. Se precisan estrategias de financiación innovadoras capaces de garantizar un progreso sostenido en el tiempo.

### Porcentaje de niños nacidos de madres que vivían con el VIH a los que se realizó la prueba del VIH a los dos meses de nacer, el Caribe, 2019



Fuente: Monitoreo Global del Sida, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

Nota: Incluye solo países con estimaciones válidas de mujeres en condiciones para acceder a los servicios para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH.

Las pruebas rápidas a los niños expuestos al VIH y el comienzo inmediato de la terapia antirretroviral tras el diagnóstico son los primeros pasos que se han de dar para garantizar la supervivencia de los

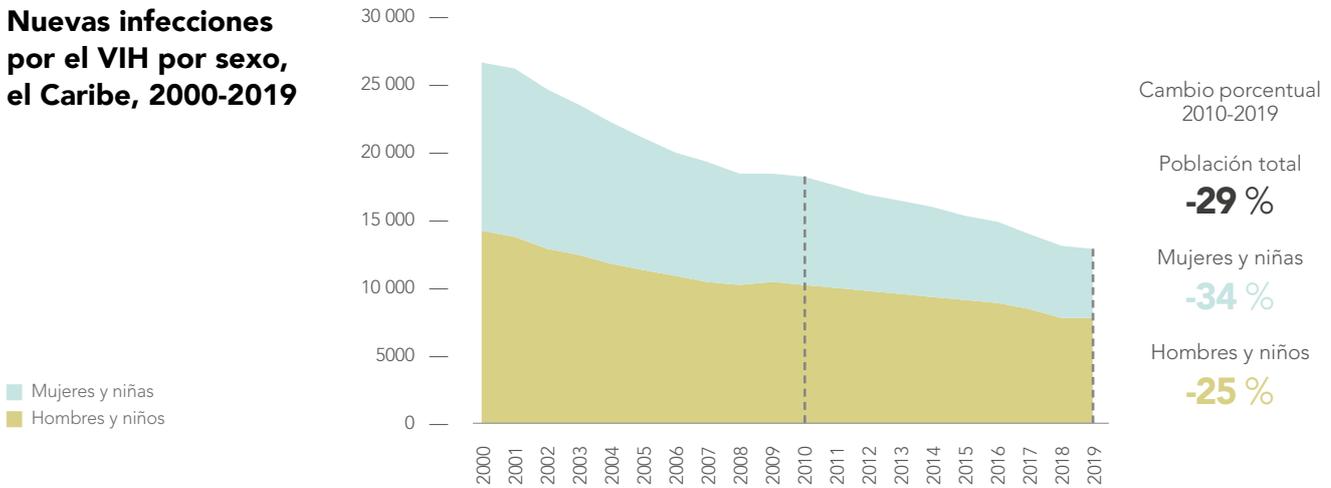
niños que han adquirido el VIH. La cobertura de las pruebas virológicas para el diagnóstico temprano de los niños en el Caribe oscila del 21 % en Jamaica al 99 % en Cuba.



Fotografía: UNFPA /Carina Wint

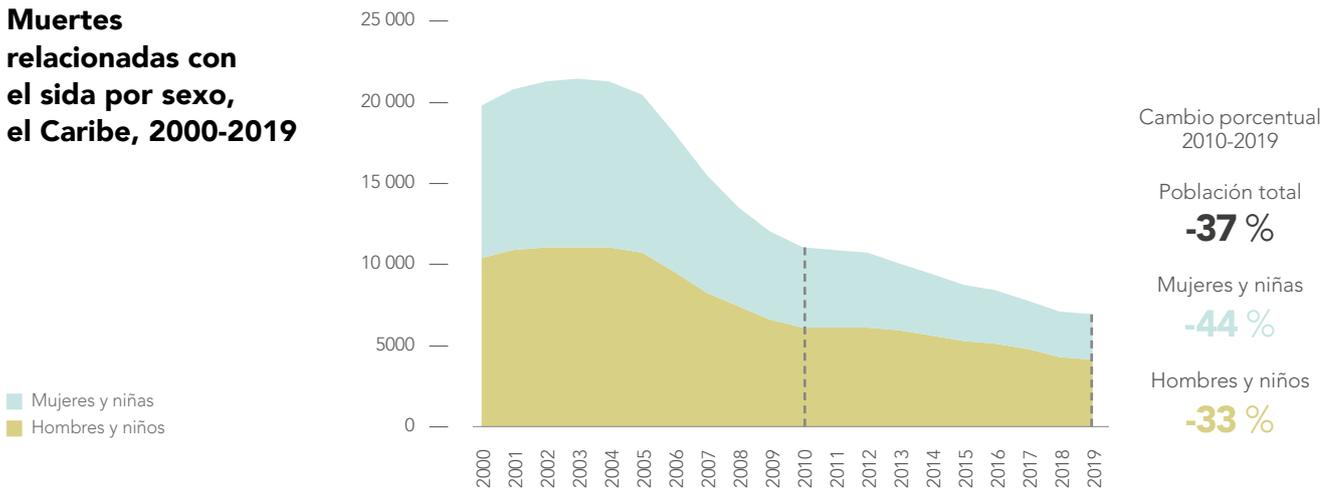
## Estado de la epidemia

### Nuevas infecciones por el VIH por sexo, el Caribe, 2000-2019



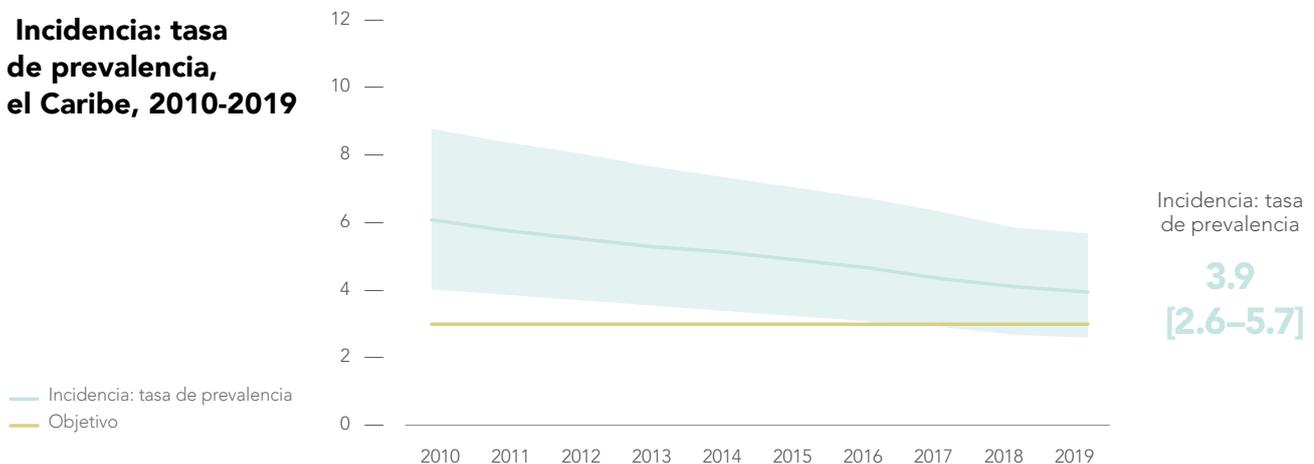
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

### Muertes relacionadas con el sida por sexo, el Caribe, 2000-2019



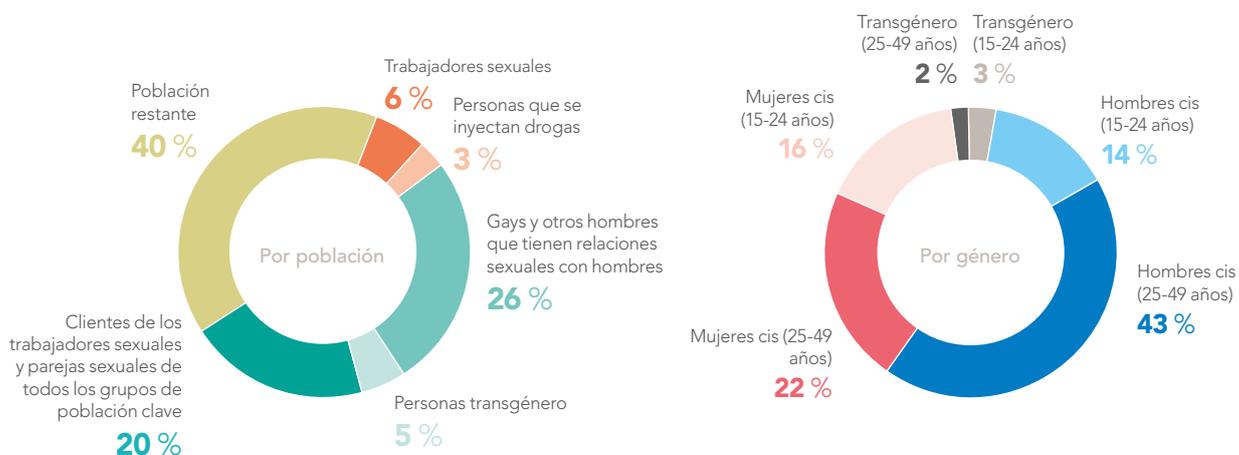
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

### Incidencia: tasa de prevalencia, el Caribe, 2010-2019



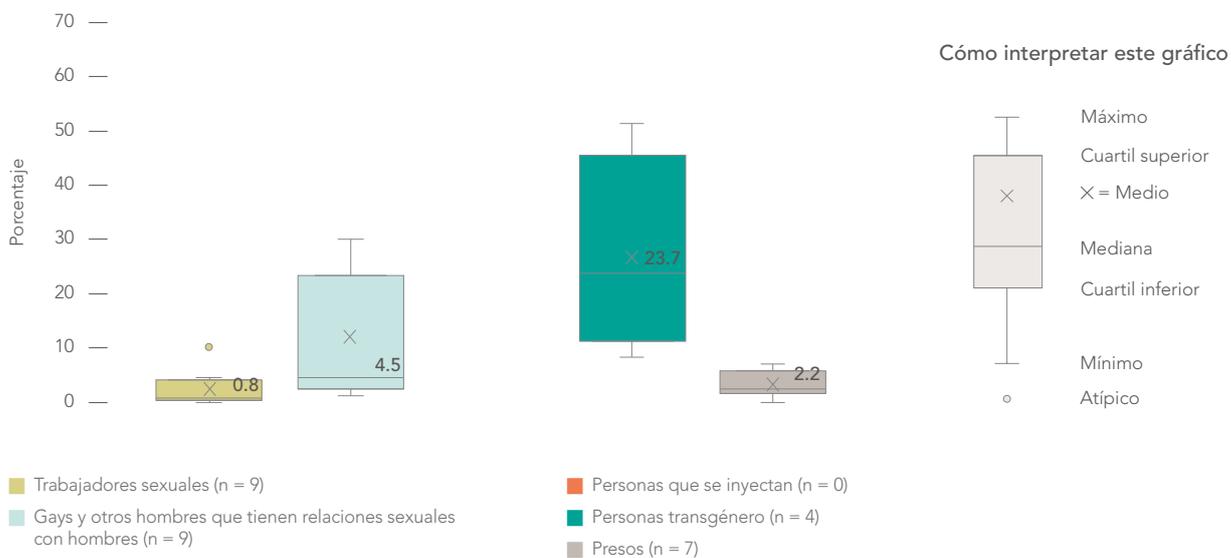
Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

### Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por población (edades comprendidas entre los 15 y los 49 años), el Caribe, 2019



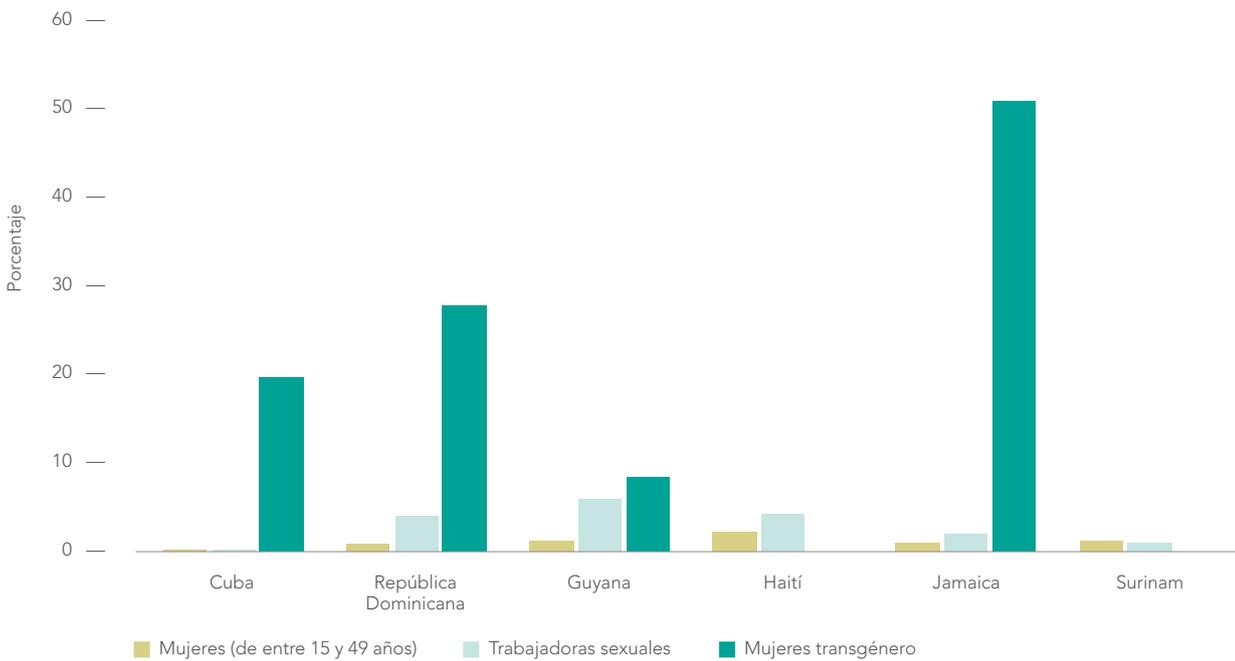
Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020 (véase anexo sobre métodos).

### Prevalencia del VIH entre los grupos de población clave, el Caribe, 2015-2019



Fuente: Monitoreo Global del Sida, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).  
 Nota: (n = número de países participantes)

## Prevalencia del VIH entre mujeres transgénero, trabajadoras sexuales y todas las mujeres de entre 15 y 49 años, el Caribe, 2015-2019



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés); Monitoreo Global del Sida, 2015-2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

La transfobia, la exclusión social, la violencia y el estigma están entre los factores interconectados que exacerban la vulnerabilidad de las personas transgénero a la infección por el VIH y otras amenazas sanitarias. Entre los países del Caribe con datos recientes procedentes de encuestas, la

prevalencia del VIH entre las mujeres transgénero es más elevada que entre las trabajadoras sexuales. Más de la mitad de las mujeres transgénero encuestadas para la realización de un estudio en Jamaica resultó estar viviendo con el VIH.

### Tamaño aproximado de los grupos de población clave, el Caribe, 2018-2019

	Población adulta nacional (15+), 2018	Población adulta nacional (15+), 2019	Trabajadores sexuales	Trabajadores sexuales como porcentaje de la población adulta (15+)	Gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres como porcentaje de la población adulta (+15)	Personas que se inyectan	Porcentaje de la población adulta (15+) que se inyectan drogas	Personas transgénero	Personas transgénero como porcentaje de la población adulta (+15)	Presos	Presos como porcentaje de la población adulta (+15)
Bahamas	318 000	320 000									2300	0.74 %
República Dominicana	7 700 000	7 800 000			130 000	1.73 %			9400	0.12 %	29 000	0.37 %
Haití	7 400 000	7 500 000									11 000	0.14 %
Jamaica	2 300 000	2 310 000			42 000	1.86 %			3800	0.17 %		
Santa Lucía	149 000	150 000			3000	2.01 %					500	0.34 %
San Vicente y las Granadinas	85 000	87 000										
Surinam	420 000	420 000										

- Estimación del tamaño de la población nacional
- Estimación del tamaño de la población local
- Datos insuficientes
- Sin datos

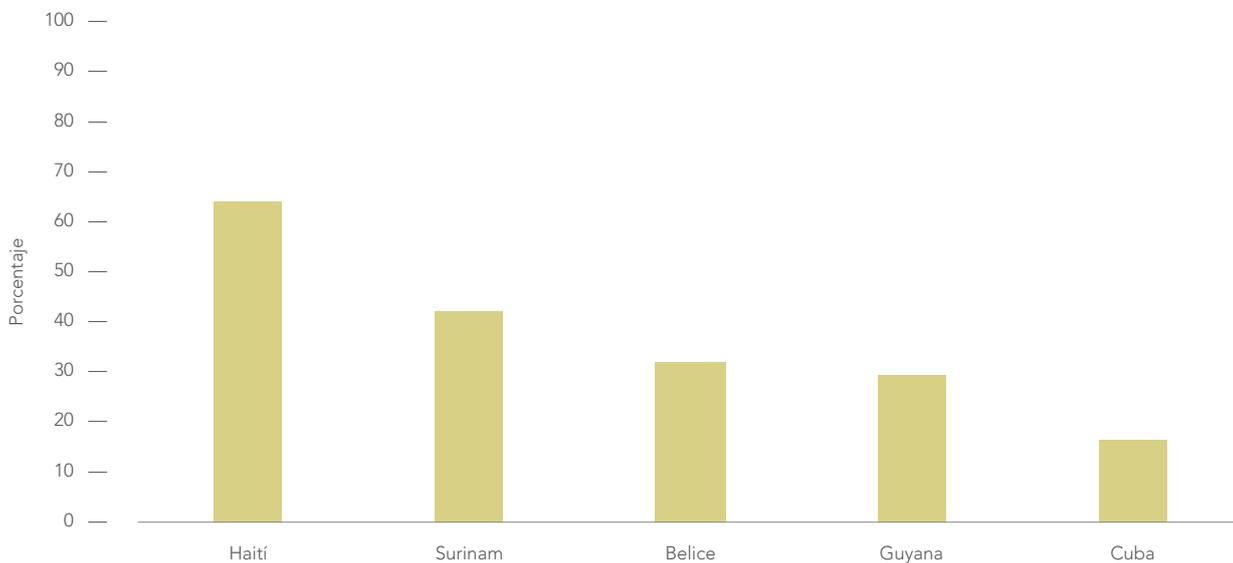
Fuentes: Monitoreo Global del Sida, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés), Módulo Demproj en Spectrum, 2020; Perspectivas de la población mundial 2019 [Internet]. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>) (datos personales adquiridos a través del sitio web).  
 Nota: Las estimaciones mostradas son estimaciones realizadas por los Gobiernos proporcionadas en 2018-2019. Existen otras estimaciones adicionales y alternativas procedentes de diferentes fuentes, incluyéndose aquí el Atlas de los grupos de población clave (<https://kpatlas.unaids.org/>, en inglés), diversas publicaciones académicas o documentos institucionales.



Fotografía: UNFPA /Oscar González

## Estigma, discriminación y violencia

**Porcentaje de personas de entre 15 y 49 años que no compraría verduras frescas a un tendero que viviera con el VIH, países con datos disponibles, el Caribe, 2014-2018**

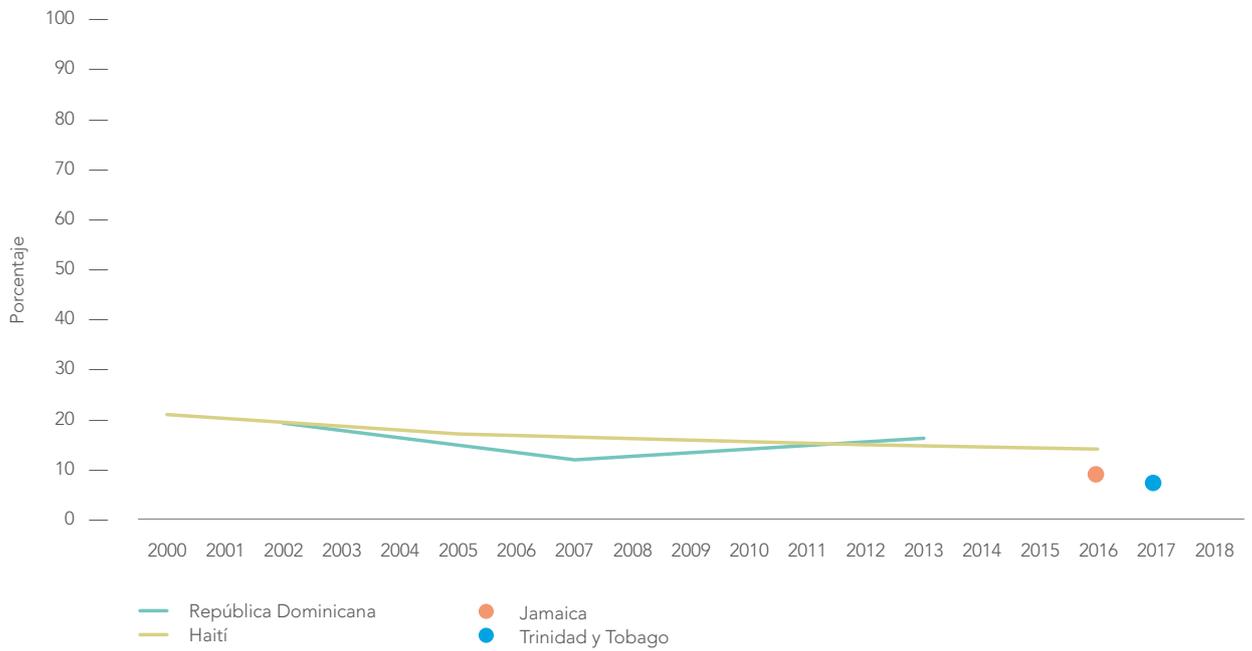


Fuente: Encuestas a la población, 2014-2018.



Fotografía: ONUSIDA

**Mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses, países con datos disponibles, el Caribe, 2000-2017**



Fuente: Encuestas a la población, 2000-2017.

## Leyes y políticas

Cuadro de leyes y políticas, el Caribe, 2019

	Penalización de las personas transgénero	Penalización del trabajo sexual	Penalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	Delito por consumo de drogas o posesión para uso personal	Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH	Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva
Antigua y Barbuda	a	a	h	a	a	a
Bahamas	a	a	a	a	a	a
Barbados	a	c	i	b	a	a
Belice			j	k	p	
Cuba	a	g	j	b	a	a
Dominica	b		j	b	b	b
República Dominicana	a	a	a	a	a	a
Granada		d	j	l		
Guyana	a	a	a	a	p	a
Haití	a	e	a	a	a	a
Jamaica	a	a	a	b	a	a
San Cristóbal y Nieves			j	m	q	q
Santa Lucía	a	a	a	a	a	a
San Vicente y las Granadinas		a	a	n		a
Surinam	b		j	b	q	q
Trinidad y Tobago		f	j	o	r	

Personas criminalizadas y/o perseguidas  
 Ni criminalizadas ni enjuiciadas  
 Datos no disponibles

Cualquier criminalización o regulación punitiva del trabajo sexual  
 El trabajo sexual ni está sujeto a regulaciones punitivas ni se criminaliza  
 Se trata de una cuestión fija/cambiante a nivel subnacional  
 Datos no disponibles

Penas de muerte  
 Prisión o ningún tipo de castigo especificados  
 Datos no disponibles

Detención obligatoria para personas relacionadas con delitos de drogas  
 Datos no disponibles

Sí, para los adolescentes de más de 18 años  
 Sí, para los adolescentes de menos de 14 o 16 años  
 Sí, para los adolescentes de menos de 12 años  
 No  
 Datos no disponibles

Sí  
 No  
 Datos no disponibles

Las leyes que sancionaban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se han despenalizado, nunca existieron o no hay legislación específica

La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas no están castigados por la ley

La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos no penales

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición al VIH	Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH (t)	Pruebas obligatorias de VIH como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia, u obligatorias para algunos grupos de población
a		a
b		a
a		a
s		
a		a
b		b
a		a
a		a
a		a
a		a
		a
a		a
a		a
b		q

Si  
No  
Datos no disponibles

No, pero se producen enjuiciamientos de acuerdo con el derecho penal general

Si  
No  
Datos no disponibles

Exigen pruebas del VIH o la revelación del estado serológico para algunos permisos

No hay restricciones  
Datos no disponibles

Si  
No  
Datos no disponibles

Prohíben estancias breves o largas y exigen pruebas del VIH y la revelación del estado serológico para algunos permisos

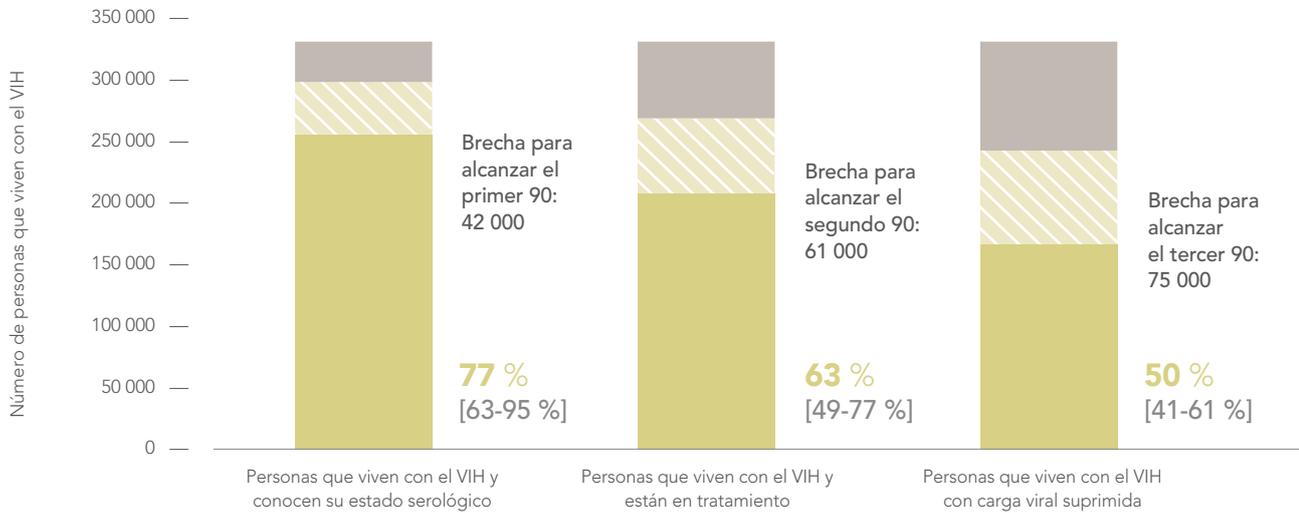
Fuentes:

- a. Compromisos nacionales e instrumentos políticos, ONUSIDA, 2019 (véase <http://lawsandpolicies.unaids.org/>, en inglés).
- b. Compromisos nacionales e instrumentos políticos, ONUSIDA, 2017 (véase <http://lawsandpolicies.unaids.org/>, en inglés).
- c. Barbados. Ley sobre delitos sexuales, 1992. Secciones 18 y 20.
- d. Granada. Código Penal. Capítulo 72A (76 de 1958), sección 137 (30) (<https://prostitution.procon.org/sourcefiles/GrenadaCriminalCode.pdf>).
- e. Haití. Código Penal de Haití (<https://wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
- f. Trinidad y Tobago Ley sobre delitos sexuales. Artículo 23 ([https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical\\_list/lawspdfs/11.28.pdf](https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical_list/lawspdfs/11.28.pdf)).
- g. Cuba. Código Penal. Artículo 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
- h. Antigua y Barbuda. Ley sobre delitos sexuales, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
- i. Barbados. Ley sobre delitos sexuales, 1992. Sección 9 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbt2.pdf>).
- j. Mendos LR. Homofobia de Estado 2019. 13.ª edición. Ginebra: ILGA; 2019.
- k. Belice. Ley sobre uso indebido de drogas, capítulo 103. Edición revisada (2000). Sección 7 ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse\\_of\\_drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf)).
- l. Granada. Ley sobre el abuso de drogas (Prevención y control) (7 de 1992). Capítulo 84A, sección 6 (<http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/07/Microsoft-Word-Cap84A-Drug-Abuse-Prevention-and-Control-Act.doc.pdf>).
- m. San Cristóbal y Nieves Ley sobre drogas (prevención y eliminación del mal uso y abuso de las drogas). Edición revisada. Sección 6(1) ([http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/08/drugs\\_act.pdf](http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/08/drugs_act.pdf)).
- n. San Vicente y las Granadinas Ley sobre drogas (prevención del mal uso). Edición revisada 1990. Capítulo 219, sección 7(1) ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/VC/drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf)).
- o. República de Trinidad y Tobago. Ley de drogas peligrosas (38 de 1991) Capítulo 11:25, sección 5 ([http://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical\\_list/lawspdfs/11.25.pdf](http://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical_list/lawspdfs/11.25.pdf)).
- p. Iniciativa de derechos sexuales [base de datos]. Iniciativa de derechos sexuales; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
- q. Compromisos nacionales e instrumentos políticos, ONUSIDA, 2018 (véase <http://lawsandpolicies.unaids.org/>, en inglés).
- r. Políticas nacionales sobre pruebas y asesoramiento en materia del VIH. Puerto España: Ministerio de Sanidad, Trinidad y Tobago; 2006 ([www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258](http://www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258)).
- s. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mayo de 2019.
- t. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Ginebra: ONUSIDA, PNUD; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf), en inglés).

Deportan, prohíben estancias breves o largas y exigen pruebas del VIH y la revelación del estado serológico para algunos permisos

## Cascada de Pruebas y Tratamiento

### Cascada de Pruebas y Tratamiento, el Caribe, 2019

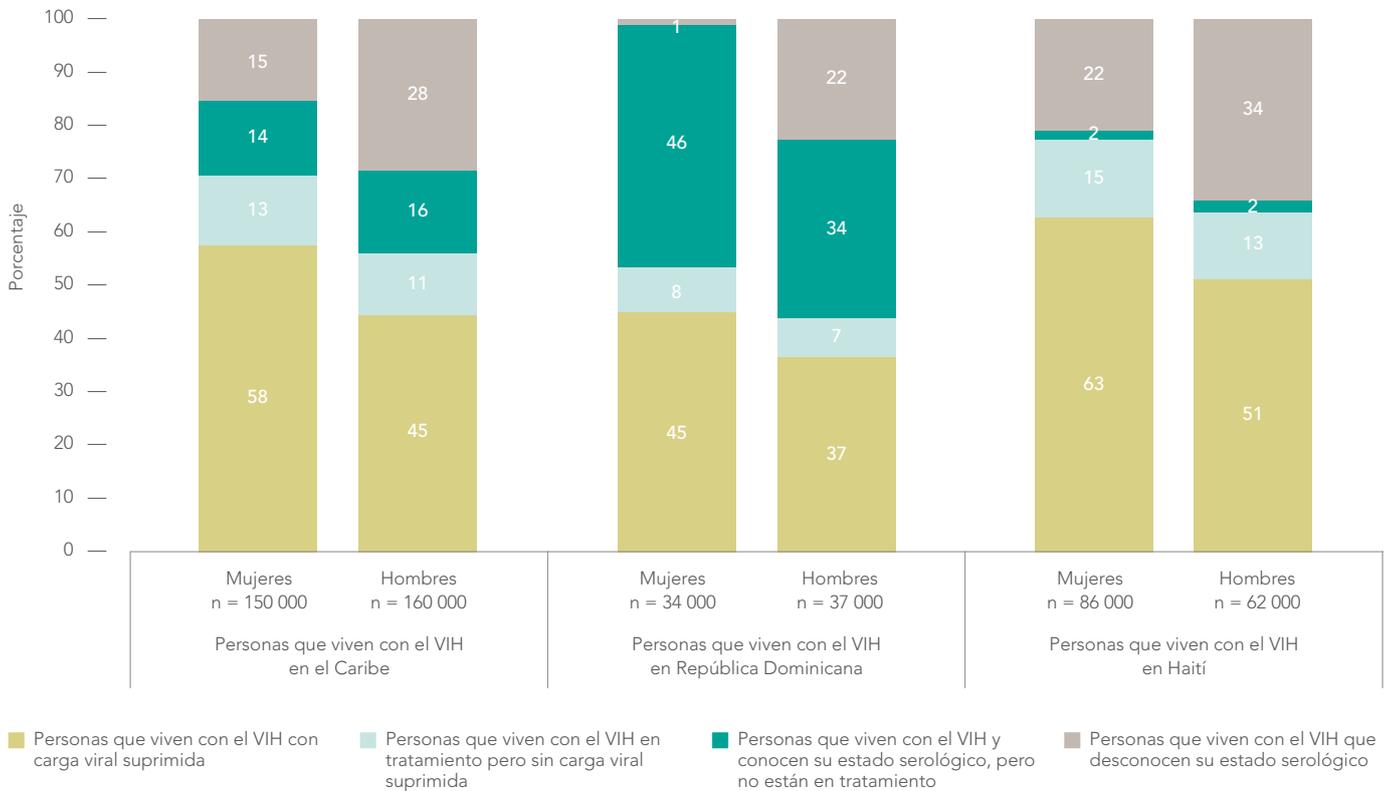


Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020 (véase anexo sobre métodos).



Fotografía: ONUSIDA

### Estimaciones de brechas con relación al conocimiento del estado serológico, el tratamiento del VIH y supresión viral entre personas que viven con el VIH, por sexo, el Caribe, 2019



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés); Monitoreo Global del Sida, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

La realización de pruebas del VIH y el acceso a los servicios de tratamiento en el Caribe son significativamente más altos entre las mujeres que viven con el VIH que entre los hombres que viven con el VIH.

Por ejemplo, la supresión de la carga viral entre las mujeres que viven con el VIH en la región es un 13 % más alta que entre los hombres seropositivos. Esta brecha es ligeramente más pequeña en la República Dominicana y Haití.

## Puntuación de los países respecto al objetivo 90-90-90: El Caribe, 2019

	Primer 90: porcentaje de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico			Second 90: porcentaje de personas que conocen su estado y que están en tratamiento			Tercer 90: porcentaje de personas que viven con el VIH en tratamiento y tienen la carga viral suprimida			Supresión de carga viral: personas que viven con el VIH con carga viral suprimida		
	Todas las edades	Mujeres (15 años y más)	Hombres (15 años y más)	Todas las edades	Mujeres (15 años y más)	Hombres (15 años y más)	Todas las edades	Mujeres (15 años y más)	Hombres (15 años y más)	Todas las edades	Mujeres (15 años y más)	Hombres (15 años y más)
El Caribe	77	85	72	81	83	78	80	82	80	50	58	45
Antigua y Barbuda							65	64	66			
Bahamas												
Barbados	90	89	91	58	57	59	89	89	88	46	45	47
Belice							65	65	67			
Cuba	85	97	83	89	92	89						
Dominica				27	35	23	62	68	57			
República Dominicana	88	99	78	55	54	57	84	84	84	40	45	37
Granada												
Guyana	94	96	97	73	83	64	87	86	88	60	68	54
Haití	72	79	66	98	98	97	80	81	80	56	63	51
Jamaica							79	79	79	35	53	25
San Cristóbal y Nieves							60	73	55			
Santa Lucía				41	46	37	40	43	37			
San Vicente y las Granadinas							82	84	81			
Surinam	60	70	52	83	84	83	90	91	89	45	54	38
Trinidad y Tobago							91	91	93	67	66	71

## Leyenda para 90-90-90

95 % y más
90-94 %
85-89 %
70-84 %
50-69 %
Menos del 50 %

## Leyenda para la supresión de la carga viral

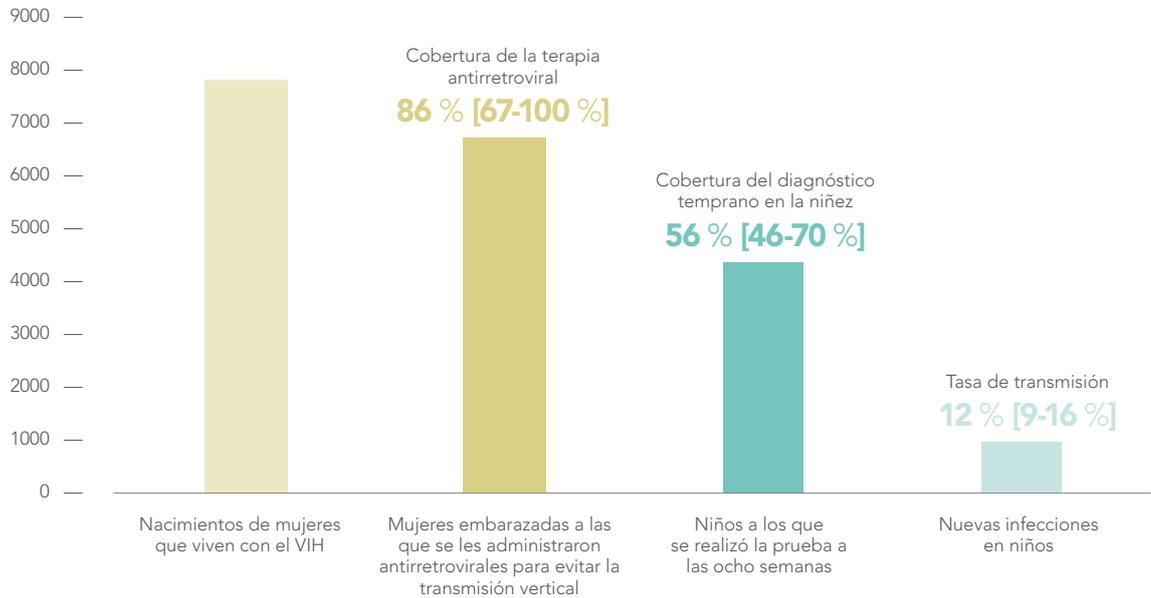
86 % y más
73-85 %
65-72 %
40-64 %
25-39 %
Menos del 25 %

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020 (véase anexo sobre métodos).

Nota: Estimaciones para 2019 excepto: Antigua y Barbuda (2017); y Belice, Granada, San Cristóbal y Nieves, y San Vicente y las Granadinas (2018).

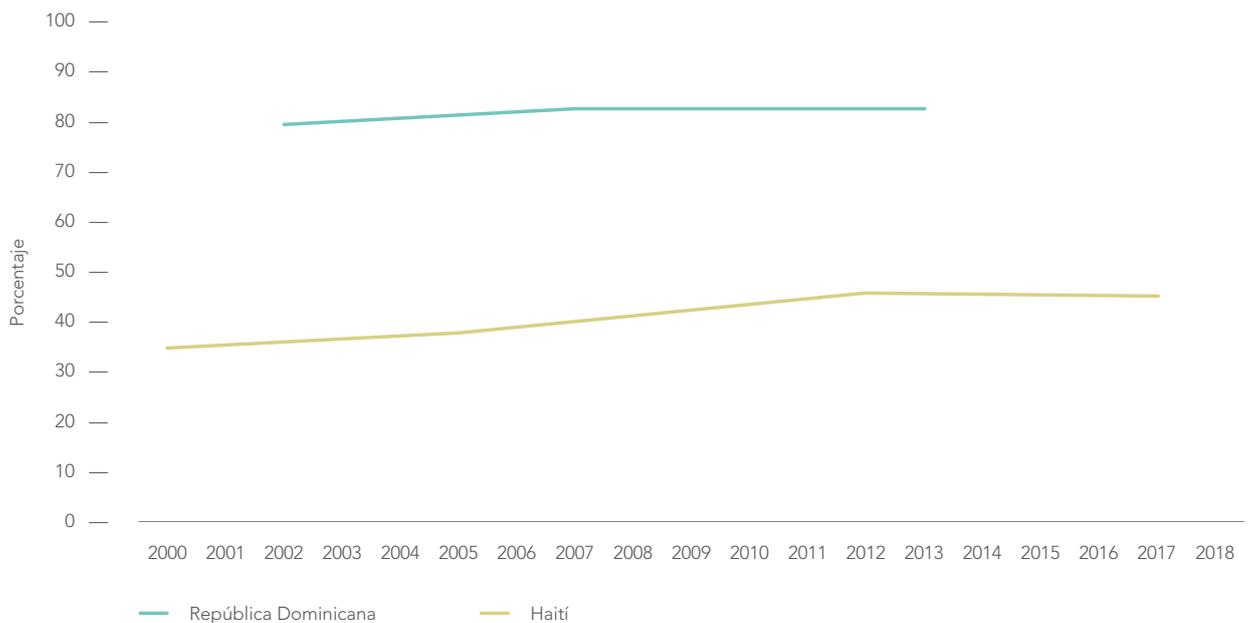
## Servicios centrados en las personas

**Servicios para mujeres embarazadas que viven con el VIH, diagnóstico temprano en la niñez, número de nuevas infecciones transmitidas verticalmente y tasa de transmisión, el Caribe, 2019**



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés); Monitoreo Global del Sida, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

**Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos, países con datos disponibles, el Caribe, 2000-2017**



Fuente: Encuestas a la población, 2000-2017.

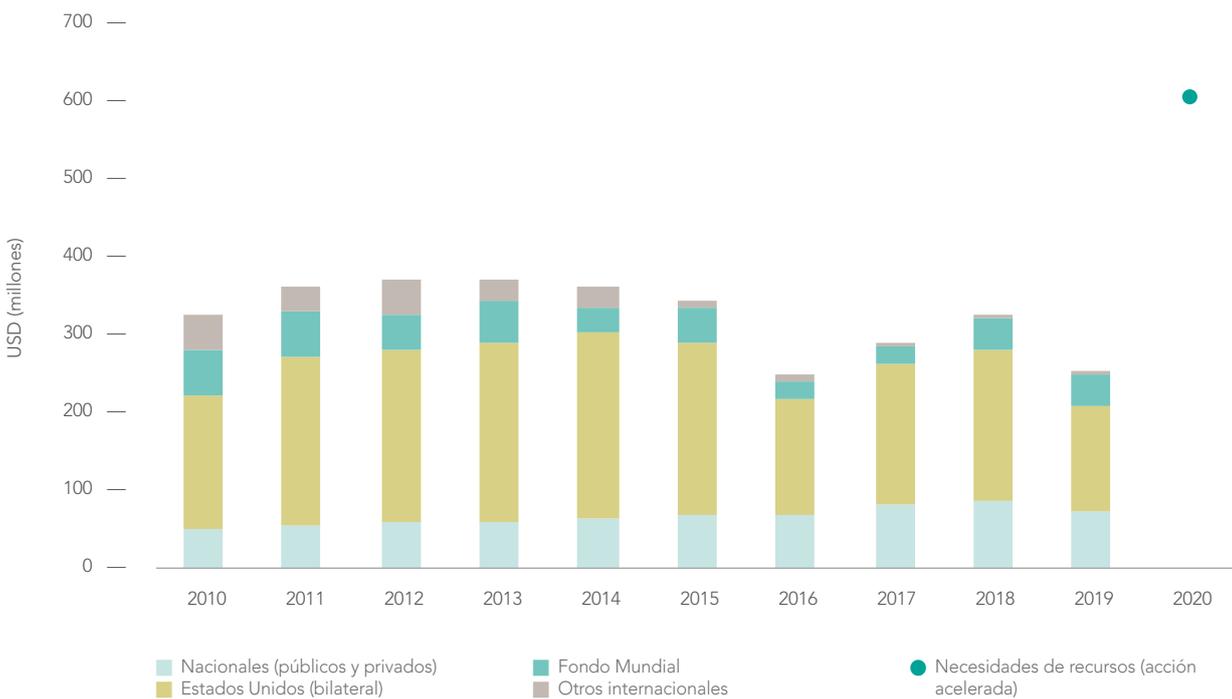
## La inversión para erradicar el sida

Los recursos disponibles para las respuestas al VIH en el Caribe alcanzaron la cima en el año 2013, mas cayeron precipitadamente hasta 2016. Posteriormente, a lo largo de 2018 se experimentó una recuperación. Entonces los recursos para la respuesta al VIH se redujeron un 22 %, lo que dejó a la región en un 42 % solo de su objetivo para 2020.

La financiación para las respuestas al VIH en la región procede principalmente de las fuentes bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos, que supusieron un 54 % del total en 2019. Los recursos nacionales representaron el 28 % del total; el Fondo

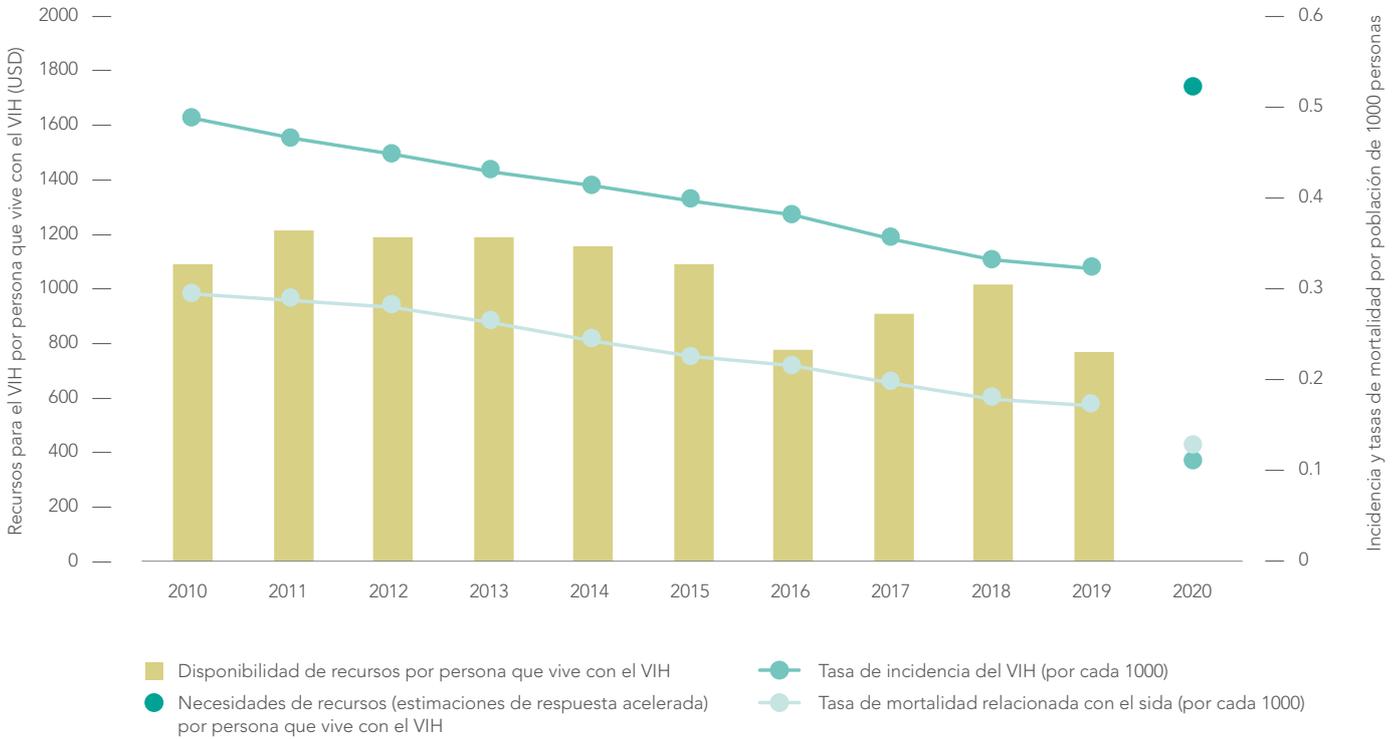
Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, el 16 %, y otras fuentes internacionales, el 1 %. La disponibilidad de los recursos para el VIH procedentes de fuentes nacionales aumentó un 38 % de 2010 a 2019, mientras que la financiación procedente de las fuentes bilaterales del Gobierno de los Estados Unidos, el Fondo Mundial y otras fuentes internacionales disminuyeron un 19 %, 30 % y 92 % respectivamente (todas las tendencias se midieron de acuerdo con el valor del dólar estadounidense en 2016 para controlar la inflación). El Fondo Mundial fue la única fuente que aumentó su aportación entre 2018 y 2019.

### Disponibilidad de recursos para el VIH según fuente, 2010-2019, y necesidades estimadas de recursos de acción acelerada en 2020, el Caribe



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).

### Disponibilidad total de recursos para el VIH por persona que vive con el VIH, incidencia del VIH y tasas de mortalidad relacionadas con el sida en países de bajos y medianos ingresos, el Caribe, 2010-2019 y objetivo para 2020



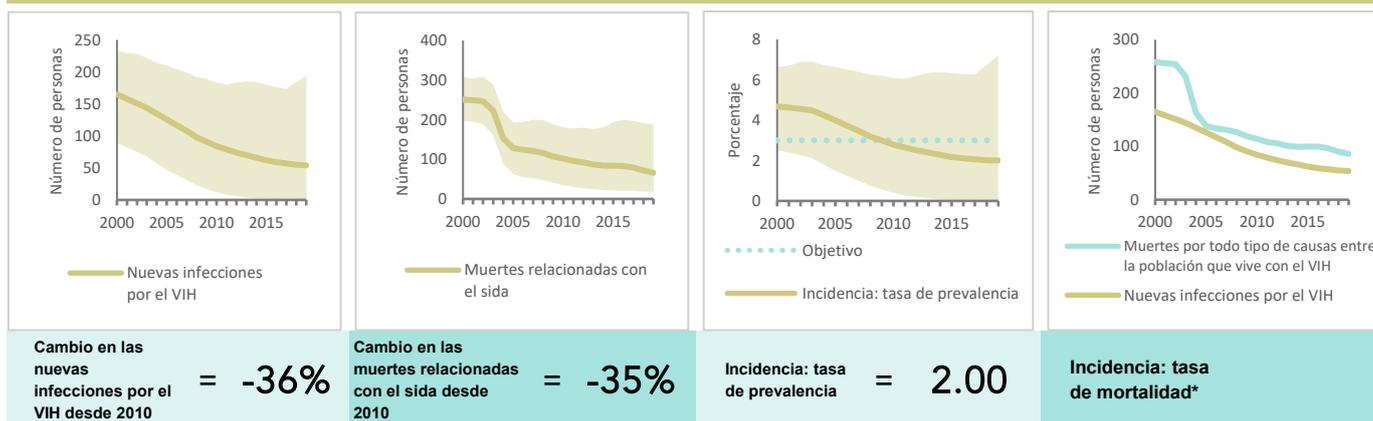
Fuente: Estimaciones económicas de ONUSIDA, 2020 (véase <http://hivfinanciam.unaids.org/hivfinanciamdashboards.html>), en inglés.  
 Nota: La disponibilidad de recursos por persona que vive con el VIH y las necesidades de recursos se expresan siempre de acuerdo con el valor del dólar estadounidense en 2016.

# BARBADOS

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.3 [0.04–0.65]	0.22 [<0.01–0.62]	0.18 [<0.01–0.67]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	<200 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	3000 [1800–4500]	2800 [1500–4700]	2700 [1300–4700]
Personas que viven con el VIH (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	1300 [770–2000]	1200 [660–2000]	1100 [590–1900]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	1700 [960–2600]	1600 [810–2700]	1500 [710–2700]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.3 [0.7–2]	1 [0.4–1.7]	0.8 [0.3–1.5]

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



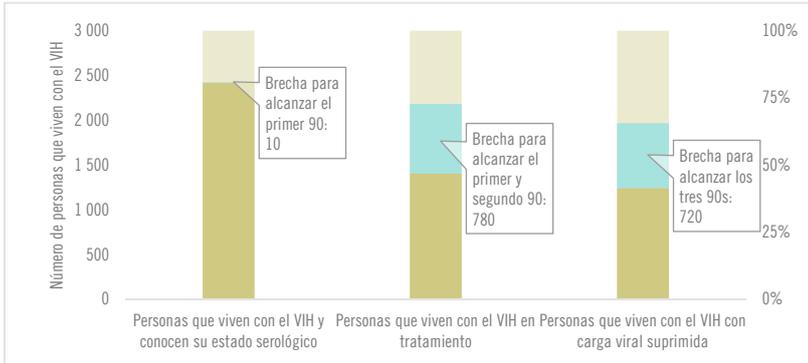
\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2013	...	US\$ 5 478 563	US\$ 235 742	...	US\$ 10 256 837	US\$ 15 971 143

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

**PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO**



<b>Todas las edades</b>	90% [43–100%]	52% [25–90%] 1 405	46% [22–80%]
<b>Niños (0-14)</b>	...% [...-...%]	...% [...-...%] ...	...% [...-...%]
<b>Mujeres (15+)</b>	89% [45–100%]	51% [26–86%] 585	45% [23–77%]
<b>Hombres (15+)</b>	91% [42–100%]	53% [24–94%] 815	47% [22–83%]

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL**

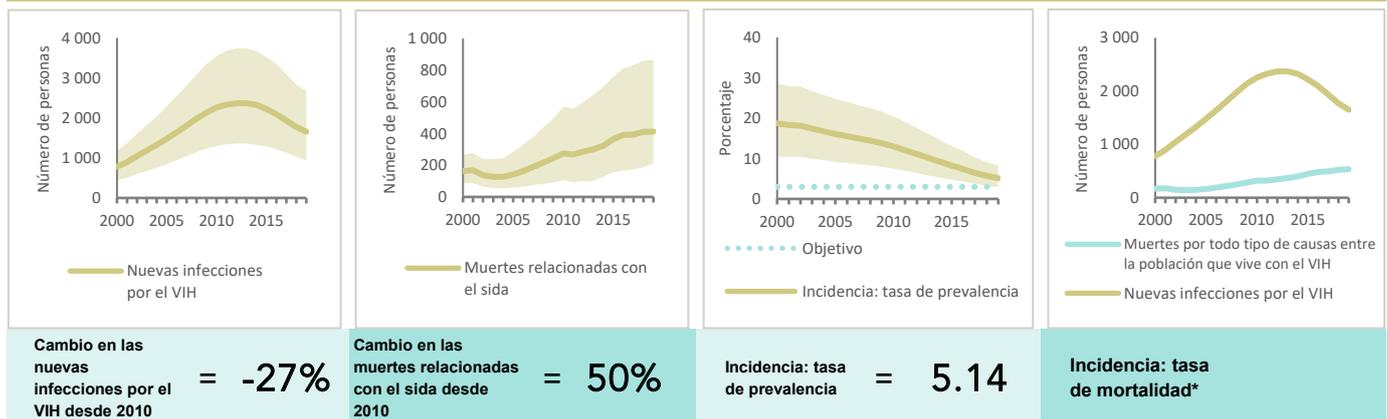
	<b>2010</b>	<b>2019</b>
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	...% [...-...%]	...% [...-...%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	...% [...-...%]	...% [...-...%]
Diagnóstico temprano en niños	...% [...-...%]	...% [...-...%]

## CUBA

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	2300 [1300–3500]	2200 [1300–3500]	1700 [940–2700]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	<500 [<500–570]	<500 [<500–590]	<500 [<200– <500]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	1800 [1100–3000]	1800 [1000–2900]	1400 [750–2200]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.2 [0.11–0.31]	0.2 [0.11–0.31]	0.14 [0.08–0.24]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	<500 [<200–570]	<500 [<200–760]	<500 [<500–860]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	<500 [<100– <500]	<500 [<200–620]	<500 [<200–720]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	17 000 [10 000–26 000]	27 000 [17 000–40 000]	32 000 [20 000–47 000]
Personas que viven con el VIH (0-14)	<100 [<100– <200]	<200 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	3100 [1800–4300]	4700 [2800–6600]	5700 [3400–7800]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	14 000 [8600–22 000]	22 000 [14 000–33 000]	26 000 [16 000–39 000]
Prevalencia del VIH (15-49)	0.2 [0.1–0.3]	0.4 [0.2–0.5]	0.4 [0.2–0.6]

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



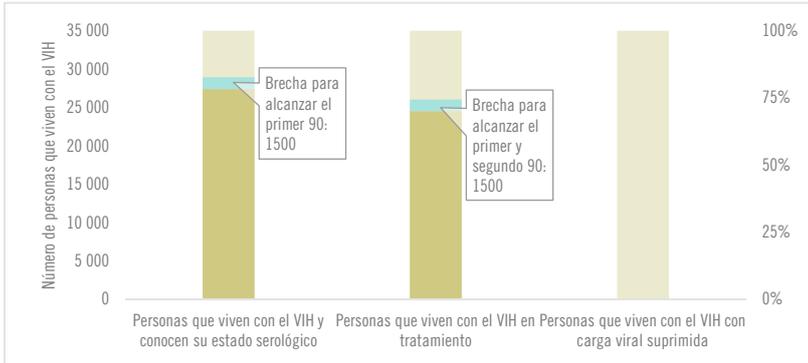
\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2013	...	US\$ 63 807 290	...	US\$ 5 927 082	...	US\$ 69 734 372

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

**PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO**



<b>Todas las edades</b>	85% [54–100%]	76% [48–100%] 24 518	...% [...-...%]
<b>Niños (0-14)</b>	34% [17–63%]	34% [17–63%] 33	...% [...-...%]
<b>Mujeres (15+)</b>	97% [58–100%]	89% [53–100%] 5 048	...% [...-...%]
<b>Hombres (15+)</b>	83% [51–100%]	74% [45–100%] 19 437	...% [...-...%]

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL**

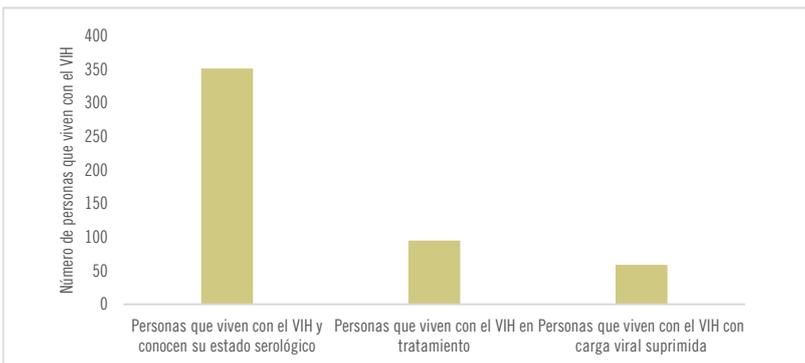
	<b>2010</b>	<b>2019</b>
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	64% [37–89%]	100% [63–100%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	17% [8–21%]	4% [4–9%]
Diagnóstico temprano en niños	62.9% [45.2– >95%]	>95% [83.9– >95%]

## DOMINICA

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	...	...	...	...
Prevalencia del VIH	0.4%	...	...	...	...
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	...	...	...	...	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	...	...	...	...	...
Uso de preservativos	42.3%	...	...	...	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	42.3%	8.4%	...	...	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	...	...	...	...
Gasto en USD	...	...	...	...	...

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	...% [...-...%]	...% [...-...%]	...% [...-...%]
Todas las edades	351	95	59
Niños (0-14)	0	0	0
Mujeres (15+)	116	41	28
Hombres (15+)	235	54	31

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2019	US\$ 108 111	US\$ 2 013 000	US\$ 0	US\$ 0	US\$ 0	US\$ 2 157 887

## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	...
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	...
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH	...
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C (2018)	0%

## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	...
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2010)	
— Mujeres	56.2%
— Hombres	47.8%

Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años	
— Mujeres	...
— Hombres	...

Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos	...
---	-----

Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados	No aplicable
---	--------------

Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
--	--------------

Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado	...
--	-----

Reducción del daño	
— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta	...
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	...
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	...

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a la transmisión del VIH **No**

**Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento** El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas ni se criminaliza

**Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo** Sí, prisión (hasta 14 años)

**El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito** La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

**Penalización a las personas transgénero** Ni criminalizadas ni enjuiciadas

Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH **No**

**Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH** Sí, para adolescentes menores de 18 años

**Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva** No

**Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia** Sí

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que denunciaron actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

## VIOLENCIA

Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

## REPÚBLICA DOMINICANA

DATOS DEL PAÍS

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	3300 [2500–4300]	2900 [2100–3900]	2800 [1700–3800]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	<500 [<200– <500]	<200 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	1300 [980–1600]	980 [700–1300]	860 [580–1100]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	1800 [1300–2300]	1900 [1300–2500]	1900 [1100–2500]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.34 [0.27–0.45]	0.29 [0.2–0.39]	0.27 [0.16–0.36]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	3800 [2800–5400]	2700 [1900–3900]	1900 [1400–2700]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	<200 [<200– <500]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	1600 [1100–2300]	1200 [820–1700]	890 [630–1300]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	2100 [1500–2900]	1400 [1000–2000]	990 [700–1400]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	80 000 [65 000–100 000]	73 000 [60 000–91 000]	72 000 [58 000–88 000]
Personas que viven con el VIH (0-14)	2800 [2300–3800]	1900 [1500–2600]	1300 [1100–1800]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	37 000 [30 000–47 000]	35 000 [29 000–43 000]	34 000 [28 000–41 000]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	40 000 [32 000–52 000]	37 000 [29 000–46 000]	37 000 [29 000–46 000]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.3 [1–1.7]	1.1 [0.9–1.3]	0.9 [0.8–1.2]

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a Sí la transmisión del VIH

Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas ni se criminaliza

Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo Las leyes que sancionaban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se han despenalizado o nunca han existido

El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

Penalización a las personas transgénero Ni criminalizadas ni enjuiciadas

Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH Sí

Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH Sí, para adolescentes menores de 16 años

Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva No

Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia Sí

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que denunciaron actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

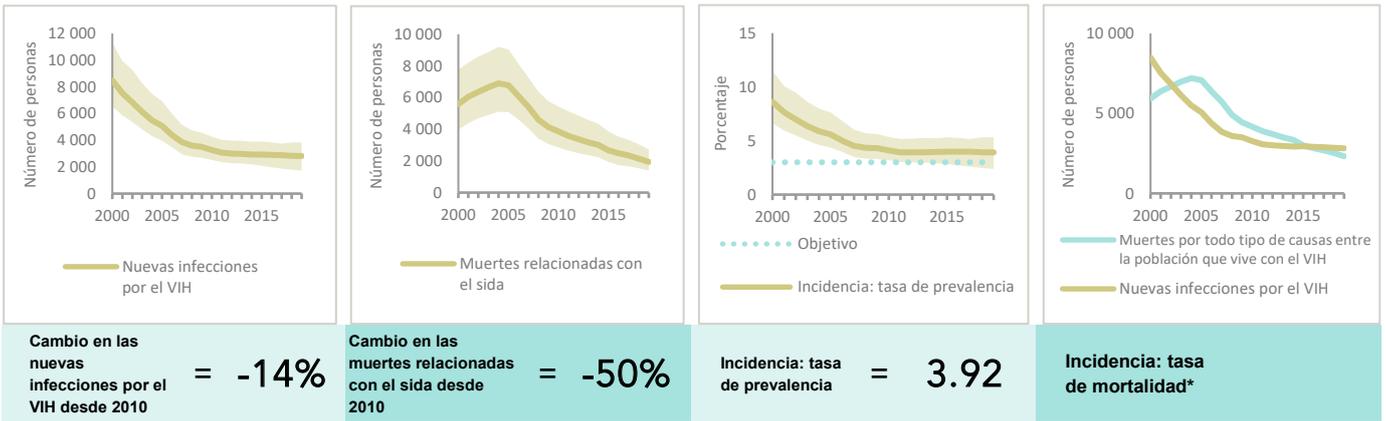
## VIOLENCIA

Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2019	US\$ 25 027 710	US\$ 40 931 323	US\$ 20 558 584	US\$ 9 897 659	US\$ 25 948	US\$ 97 118 277

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	130 000	...	9400	29 000
Prevalencia del VIH	4.2%	4.0%	...	27.7%	...
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	90.8%	63.3%	...	83.3%	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	63.6%	24.3%	...	12.8%	...
Uso de preservativos	83.7%	42.0%	...	20.2%	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	16.8%	30.4%	...	37.1%	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	1.9%	...	...	...
Gasto en USD (2019)	169 699	380 790	2885	...	...

## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	1200 [920–1500]
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	28.4%
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH	...
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C	...

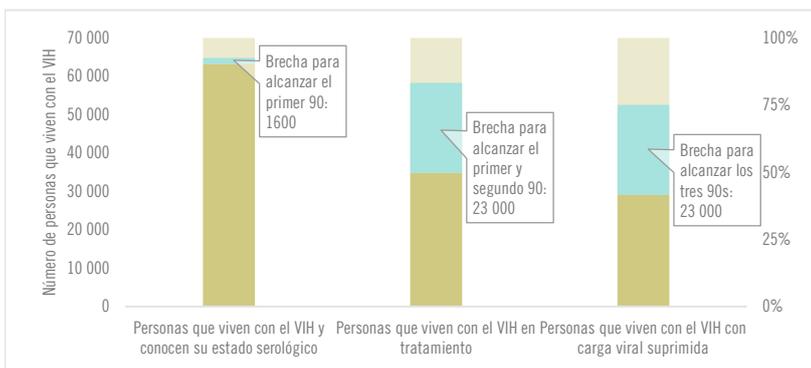
## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	0.5%
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2014)	...
— Mujeres	46.4%
— Hombres	...
Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años (2013)	...
— Mujeres	44.7%
— Hombres	71%
Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos	...

Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados (2013)	No aplicable
Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado (2019)	268

Reducción del daño	
— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta (2015)	2
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	No
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	No

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH en tratamiento	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
Todas las edades	88% [71–100%]	48% [39–59%] 34 839	40% [33–50%]
Niños (0-14)	82% [66–100%]	47% [38–63%] 626	29% [23–39%]
Mujeres (15+)	99% [83–100%]	53% [45–65%] 17 961	45% [38–54%]
Hombres (15+)	78% [61–96%]	44% [35–54%] 16 252	37% [29–45%]

## ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

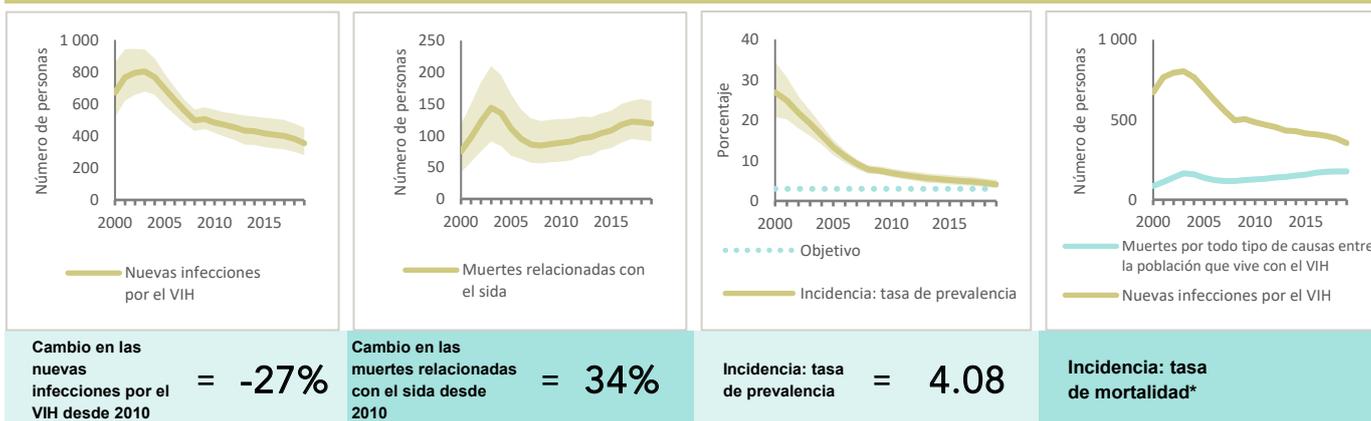
	2010	2019
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	54% [44–73%]	80% [65–99%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	17% [15–21%]	12% [8–16%]
Diagnóstico temprano en niños	9.3% [6.9–11.4%]	73.6% [59.3–90.8%]

## GUYANA

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	<500 [<500–560]	<500 [<500–510]	<500 [<500– <500]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	<200 [<200– <500]	<200 [<200– <500]	<200 [<200– <500]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	<500 [<500– <500]	<500 [<200– <500]	<200 [<200– <500]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.62 [0.54–0.72]	0.51 [0.41–0.64]	0.42 [0.34–0.54]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	<100 [<100– <200]	<200 [<100– <200]	<200 [<100– <200]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	7000 [6300–7700]	8100 [7300–8900]	8700 [7800–9700]
Personas que viven con el VIH (0-14)	<500 [<500– <500]	<500 [<500– <500]	<500 [<500– <500]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	3500 [3100–3900]	3800 [3400–4200]	4100 [3700–4500]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	3200 [2900–3600]	3900 [3400–4300]	4300 [3700–4800]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.4 [1.3–1.5]	1.4 [1.3–1.6]	1.4 [1.2–1.5]

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



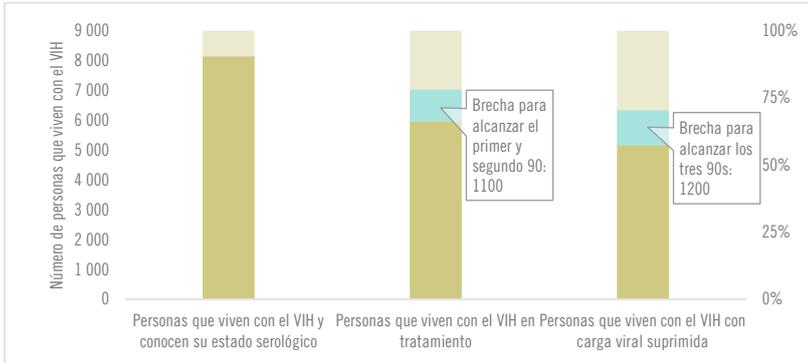
\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2012	US\$ 1 142 925	US\$ 3 347 064	...	...	...	US\$ 21 921 471

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

**PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO**



<b>Todas las edades</b>	94% [84–100%]	69% [62–77%] 5 966	60% [53–66%]
<b>Niños (0-14)</b>	34% [30–39%]	34% [30–39%] 114	21% [18–24%]
<b>Mujeres (15+)</b>	96% [86–100%]	79% [72–88%] 3 221	68% [61–76%]
<b>Hombres (15+)</b>	97% [84–100%]	62% [53–69%] 2 631	54% [47–61%]

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL**

	<b>2010</b>	<b>2019</b>
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	37% [32–43%]	100% [100–100%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	21% [20–23%]	7% [6–8%]
Diagnóstico temprano en niños	16.6% [14.3–19.1%]	>95% [>95– >95%]

## HAITÍ

## DATOS DEL PAÍS

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	9000 [7900–10 000]	7200 [5800–8900]	5700 [4200–7600]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	1600 [1200–2000]	950 [610–1300]	720 [<500–1100]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	4000 [3400–4600]	3400 [2700–4100]	2700 [1900–3500]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	3400 [2800–4100]	2900 [2200–3600]	2300 [1700–3200]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.92 [0.81–1.06]	0.69 [0.55–0.85]	0.52 [0.38–0.69]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	5000 [4200–6000]	3900 [3200–4600]	2700 [2100–3300]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	1100 [800–1400]	620 [<500–890]	<500 [<500–760]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	2000 [1600–2400]	1400 [1100–1700]	970 [750–1200]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	2000 [1500–2500]	1900 [1500–2300]	1300 [940–1600]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	140 000 [120 000–160 000]	150 000 [130 000–170 000]	160 000 [130 000–180 000]
Personas que viven con el VIH (0-14)	12 000 [10 000–14 000]	9900 [7800–12 000]	8300 [6200–10 000]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	73 000 [63 000–82 000]	80 000 [70 000–91 000]	86 000 [74 000–97 000]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	56 000 [48 000–65 000]	60 000 [52 000–69 000]	62 000 [53 000–71 000]
Prevalencia del VIH (15-49)	2.2 [1.8–2.5]	2 [1.7–2.3]	1.9 [1.6–2.2]

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a la transmisión del VIH

Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento El trabajo sexual no está sujeto a regulaciones punitivas ni se criminaliza

Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo Las leyes que sancionaban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se han despenalizado o nunca han existido

El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

Penalización a las personas transgénero Ni criminalizadas ni enjuiciadas

Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH

Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH Sí, para adolescentes menores de 16 años

Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva No

Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia No

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres y hombres entre los 15 y los 49 años que denuncian actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH (2017 hace referencia solo a mujeres)

	2012	2017
	57.7	71.7

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

## VIOLENCIA

Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

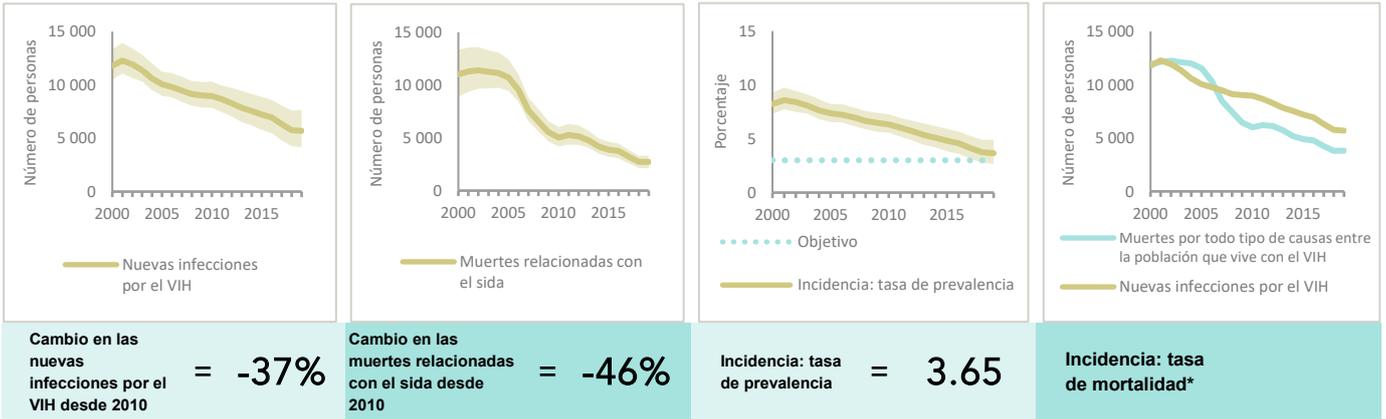
	2012	2017
	14.9	13.9

## GASTOS

## Fuentes de financiación

	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	Total
Último informe disponible: 2016	...	US\$ 3 968 260	...	...	...	US\$ 111 563 836

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	...	...	...	11 000
Prevalencia del VIH	4.3%	4.5%	...	...	3.5%
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	...	100%	...	...	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	...	...	...	...	100%
Uso de preservativos	...	75.1%	...	...	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	...	...	...	...	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	...	...	...	...
Gasto en USD	...	...	...	...	...

## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	2900 [2300 -3700]
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	...
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH	...
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C	...

## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	0.8%
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2017)	
— Mujeres	38.3%
— Hombres	36.2%
Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años (2016)	
— Mujeres	49.7%
— Hombres	70.2%
Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos (2017)	45.4%
Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados	No aplicable
Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado (2019)	382

### Reducción del daño

— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta	...
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	No
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	No

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH en tratamiento	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
Todas las edades	72% [62–83%]	71% [61–81%] 109 993	56% [49–65%]
Niños (0-14)	45% [34–56%]	45% [34–56%] 3 736	27% [20–33%]
Mujeres (15+)	79% [68–90%]	78% [67–88%] 66 480	63% [54–71%]
Hombres (15+)	66% [56–76%]	64% [55–74%] 39 777	51% [44–59%]

## ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

	2010	2019
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	37% [29–46%]	86% [68–100%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	25% [23–27%]	13% [10–16%]
Diagnóstico temprano en niños	...% [...–...%]	49.8% [41.6–63.1%]

## JAMAICA

## DATOS DEL PAÍS

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	1900 [1400–3000]	1800 [1200–2900]	1600 [1100–2700]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	520 [<500–820]	<500 [<500–780]	<500 [<500–720]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	1300 [910–2000]	1200 [850–2000]	1100 [780–1900]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.68 [0.48–1.08]	0.62 [0.44–1.02]	0.58 [0.39–0.98]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	960 [670–1600]	980 [650–1700]	1000 [700–1800]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<500 [<200– <500]	<200 [<100– <500]	<200 [<100– <500]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	700 [<500–1200]	800 [520–1400]	860 [580–1500]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	28 000 [22 000–39 000]	31 000 [25 000–42 000]	32 000 [26 000–44 000]
Personas que viven con el VIH (0-14)	860 [700–1200]	680 [540–970]	530 [<500–780]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	9300 [7700–13 000]	11 000 [8800–14 000]	12 000 [9700–16 000]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	18 000 [14 000–25 000]	20 000 [15 000–27 000]	20 000 [16 000–29 000]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.5 [1.2–2.1]	1.5 [1.2–2]	1.4 [1.2–2]

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a la transmisión del VIH	No, pero se producen enjuiciamientos de acuerdo con el derecho penal general
Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento	Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual
Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo	Sí, prisión (hasta 14 años)
El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito	La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales
Penalización a las personas transgénero	Ni criminalizadas ni enjuiciadas
Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH	No
Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH	Sí, para adolescentes menores de 16 años
Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva	No
Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia	No

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que denuncian actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH

**2017**  
66.8

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

## VIOLENCIA

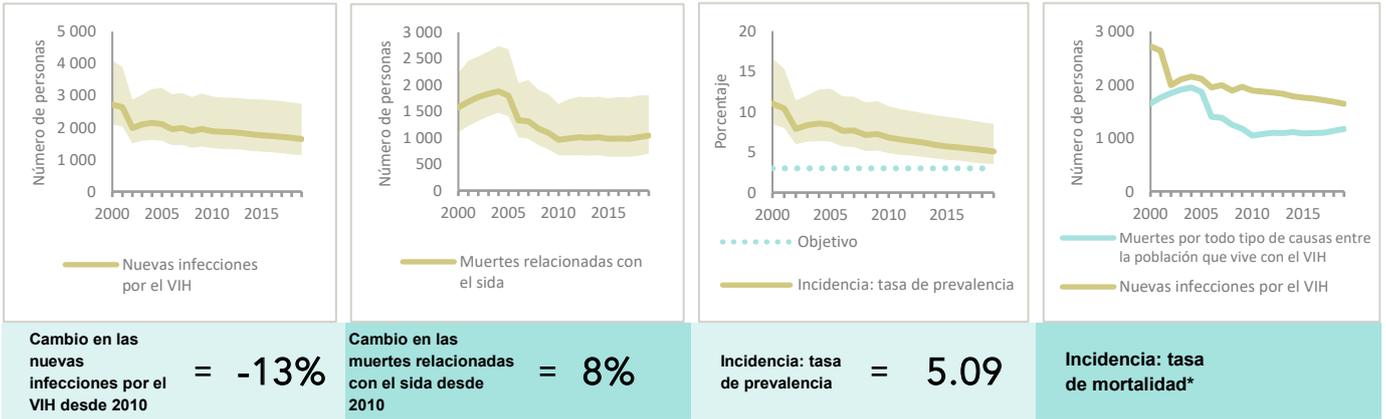
Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

**2012**    **2016**  
9.89    8.52

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2016	US\$ 1 456 785	US\$ 2 750 285	US\$ 3 119 936	US\$ 11 301 865	US\$ 858 868	US\$ 19 487 739

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	42 000	...	3800	...
Prevalencia del VIH	2.0%	29.8%	...	51.0%	6.9%
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	92.8%	88.2%	...	...	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	...	...	...	...	...
Uso de preservativos	95.0%	68.8%	...	...	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	...	...	...	...	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	...	...	...	...
Gasto en USD (2014)	101 247	521 502	...	...	...

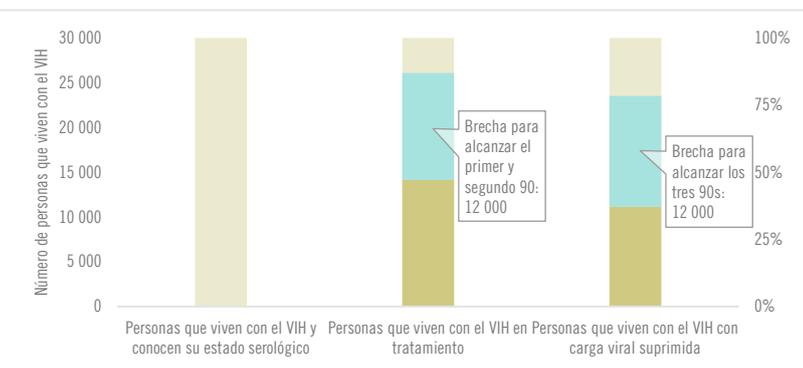
## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	20 [11-31]
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	...
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH	...
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C	...

## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	0.9%
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2012)	
— Mujeres	42.8%
— Hombres	35.6%
Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años	
— Mujeres	...
— Hombres	...
Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos	...

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH en tratamiento	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
Todas las edades	...% [...-...%]	44% [35-61%] 14 155	35% [28-48%]
Niños (0-14)	...% [...-...%]	41% [31-61%] 217	19% [15-29%]
Mujeres (15+)	...% [...-...%]	67% [56-90%] 7 710	53% [44-71%]
Hombres (15+)	...% [...-...%]	31% [25-44%] 6 228	25% [19-35%]

## ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

	2010	2019
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	53% [42-76%]	74% [60-100%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	13% [11-16%]	10% [8-13%]
Diagnóstico temprano en niños	...% [...-...%]	21.1% [15.3-25.9%]

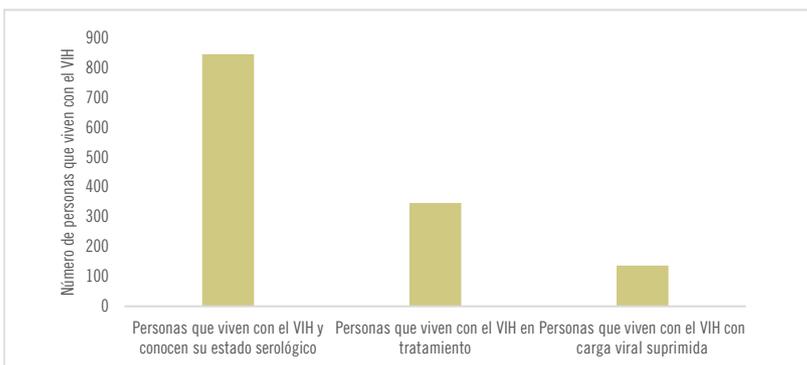
Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados	No aplicable
Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado	...
Reducción del daño	
— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta	...
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	No
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	No

## SANTA LUCÍA

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	3000	...	...	500
Prevalencia del VIH	...	...	...	...	1.6%
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	...	...	...	...	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	...	...	...	...	...
Uso de preservativos	...	...	...	...	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	...	...	...	...	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	...	...	...	...
Gasto en USD	...	...	...	...	...

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH en tratamiento	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
Todas las edades	845	346	137
Niños (0-14)	1	1	0
Mujeres (15+)	353	162	69
Hombres (15+)	491	183	68

## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	1 [0-4]
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	0%
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH (2017)	5.8%
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C (2018)	0%

## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	...
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2012)	
— Mujeres	62.2%
— Hombres	...

Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años	
— Mujeres	...
— Hombres	...

Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos	...
---	-----

Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados	No aplicable
---	--------------

Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
--	--------------

Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado (2017)	1
---	---

Reducción del daño	
— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta	...
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	No
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	No

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2019	US\$ 0	US\$ 237 284	US\$ 0	US\$ 0	US\$ 0	US\$ 248 994

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a la transmisión del VIH **Sí**

**Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento** Cualquier penalización o regulación punitiva del trabajo sexual

**Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo** Sí, pena no especificada

**El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito** La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

**Penalización a las personas transgénero** Ni criminalizadas ni enjuiciadas

Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH **No**

**Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH** Sí, para adolescentes menores de 16 años

**Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva** No

**Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia** No

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que denunciaron actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

## VIOLENCIA

Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

## SURINAM

DATOS DEL PAÍS

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	<500 [<500– <500]	<500 [<200– <500]	<500 [<200– <500]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	<200 [<100– <200]	<200 [<100– <200]	<200 [<100– <200]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	<500 [<200– <500]	<200 [<200– <500]	<200 [<100– <500]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.71 [0.5–0.91]	0.54 [0.34–0.76]	0.45 [0.27–0.67]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	<200 [<200– <500]	<200 [<100– <500]	<200 [<100– <500]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	<200 [<100– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	4800 [4000–5700]	5400 [4400–6400]	5800 [4600–6900]
Personas que viven con el VIH (0-14)	<200 [<200– <500]	<200 [<200– <200]	<200 [<100– <200]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	1900 [1600–2200]	2300 [1900–2700]	2500 [2100–3000]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	2700 [2200–3200]	3000 [2400–3600]	3100 [2400–3800]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.4 [1.2–1.6]	1.4 [1.1–1.6]	1.3 [1–1.6]

## LEYES Y POLÍTICAS

Leyes que criminalizan la transmisión, la no revelación del estado serológico o la exposición a la transmisión del VIH

Criminalización del trabajo sexual entre adultos que dan su consentimiento ...

Criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo Las leyes que sancionaban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo se han despenalizado o nunca han existido

El consumo de drogas o la tenencia de drogas para uso personal se considera un delito La posesión de drogas para uso personal, el uso y el consumo de drogas aparecen tipificados como delitos penales

Penalización a las personas transgénero Ni criminalizadas ni enjuiciadas

Leyes o políticas que restringen la entrada, la estancia y la residencia de las personas que viven con el VIH No

Consentimiento paterno a los adolescentes para acceder a las pruebas del VIH Sí, para adolescentes menores de 16 años

Consentimiento conyugal a las mujeres casadas para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva No

Pruebas obligatorias de VIH para algunos grupos como requisito para obtener el permiso de matrimonio, trabajo o residencia Sí

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Porcentaje de mujeres entre los 15 y los 49 años que denuncian actitudes discriminatorias para con las personas que viven con el VIH 2018  
66.4

Porcentaje de personas que viven con el VIH a las que se negó la atención sanitaria debido a su estado serológico positivo en los últimos 12 meses

Porcentaje de personas que viven con el VIH que denunció que un profesional sanitario reveló su estado serológico positivo a otra persona sin consentimiento

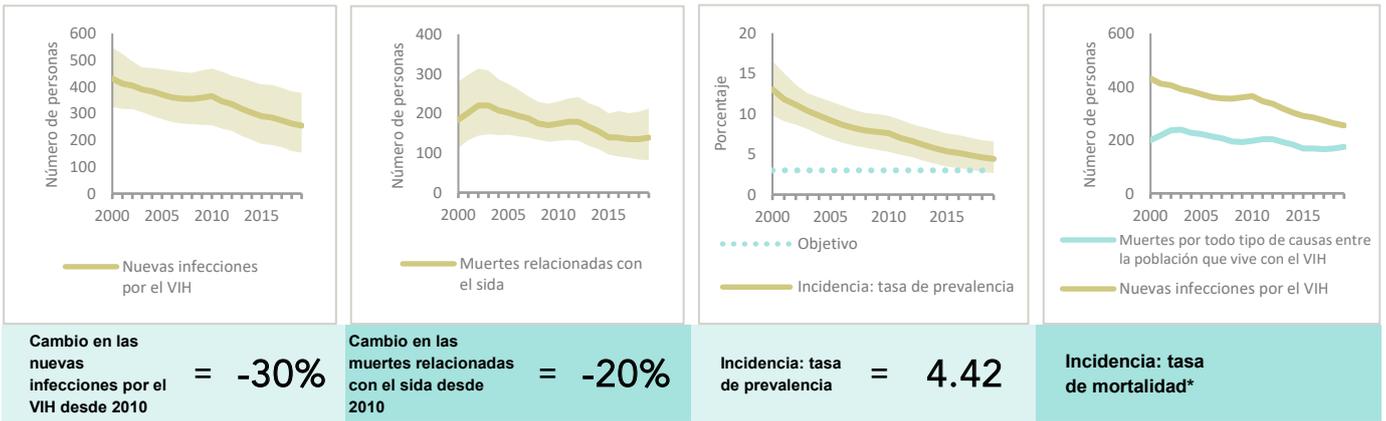
## VIOLENCIA

Porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en pareja de entre 15 y 49 años que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en los últimos 12 meses

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2011	US\$ 81 800	US\$ 2 249 605	...	US\$ 1 009 894	US\$ 1 265 510	US\$ 4 674 508

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE

	Trabajadores sexuales	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	Personas que se inyectan drogas	Personas transgénero	Presos
Tamaño estimado de la población	...	...	...	...	...
Prevalencia del VIH	10.3%	16.6%	...	...	...
Pruebas del VIH y concienciación del estado serológico	51.0%	97.5%	...	...	...
Cobertura de la terapia antirretroviral	...	...	...	...	...
Uso de preservativos	90.8%	63.8%	...	...	...
Cobertura de los programas de prevención del VIH	64.1%	...	...	...	...
Evitación de la atención sanitaria debido al estigma y la discriminación	...	...	...	...	...
Gasto en USD	...	...	...	...	...

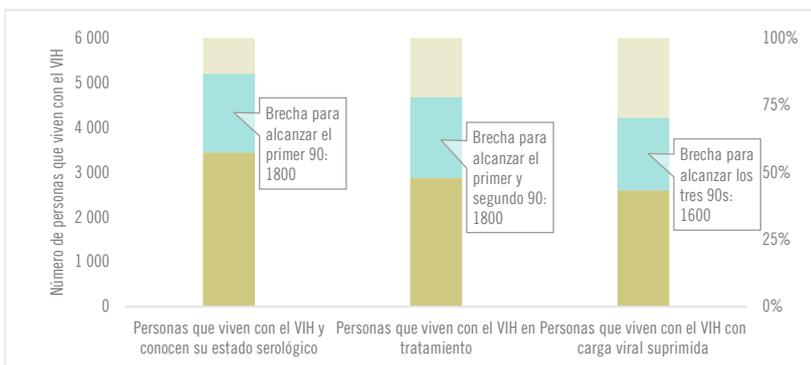
## COMORBILIDADES DEL VIH

Número estimado de casos de tuberculosis incidental entre las personas que viven con el VIH (2018)	32 [19-49]
Personas que viven con el VIH y están en tratamiento preventivo de tuberculosis (2018)	...
Detección del cáncer cervical en las mujeres que viven con el VIH	...
Personas coinfectadas con VIH y hepatitis C que comenzaron un tratamiento para la hepatitis C	...

## PREVENCIÓN DEL VIH

Adultos de más de 15 años con carga viral no suprimida	0.7%
Conocimiento de la prevención del VIH entre personas jóvenes de 15-24 años (2010)	...
— Mujeres	41.9%
— Hombres	...
Uso del preservativo en la última relación sexual extramarital o con una pareja con la que no se convive entre la gente joven de 15 a 49 años	...
— Mujeres	...
— Hombres	...
Mujeres de entre 15 y 49 años que han visto satisfecha su demanda de planificación familiar mediante métodos modernos	...

## PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO



	Personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico	Personas que viven con el VIH en tratamiento	Personas que viven con el VIH con carga viral suprimida
Todas las edades	60% [48-71%]	50% [40-59%] 2 871	45% [36-54%]
Niños (0-14)	40% [28-52%]	36% [25-46%] 44	29% [20-37%]
Mujeres (15+)	70% [57-84%]	59% [48-70%] 1 494	54% [43-64%]
Hombres (15+)	52% [41-63%]	43% [34-52%] 1 333	38% [30-46%]

## ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL

	2010	2019
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	62% [49-74%]	74% [58-89%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	18% [16-20%]	11% [7-14%]
Diagnóstico temprano en niños	6.9% [5.7-8.7%]	38.0% [31.4-48.0%]

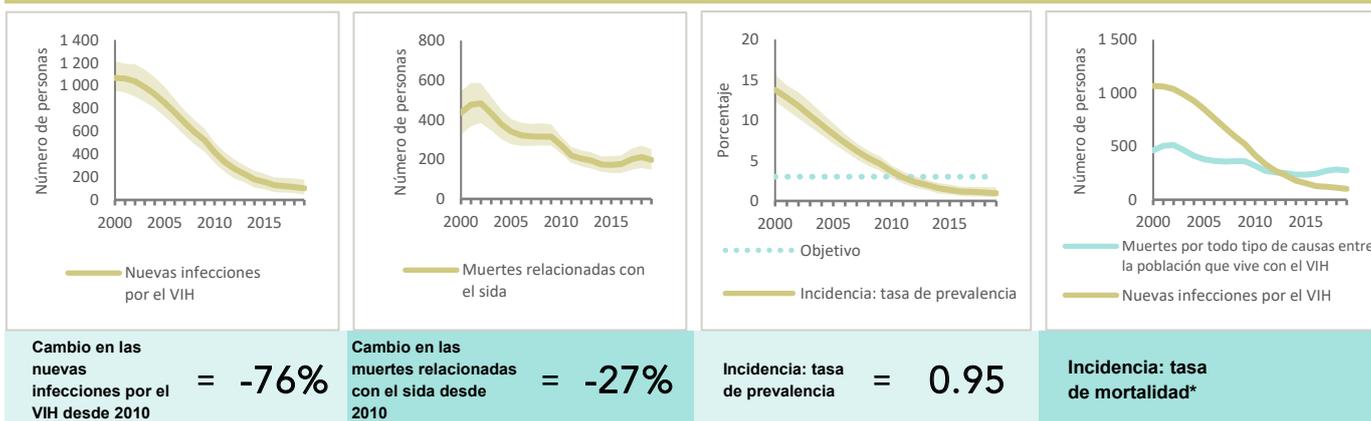
Hombres de entre 15 y 49 años circuncidados	No aplicable
Circuncisiones masculinas médicas voluntarias llevadas a cabo de acuerdo con los estándares nacionales	No aplicable
Personas que recibieron PrEP al menos una vez durante el periodo analizado	...
Reducción del daño	...
— Empleo de agujas y jeringas estériles en la última inyección	...
— Agujas y jeringas distribuidas por persona que se inyecta	...
— Cobertura de las terapias de sustitución de opiáceos	...
— Naloxona disponible (2019)	...
— Salas de inyección segura disponibles (2019)	...

## TRINIDAD Y TOBAGO

## ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA

	2010	2015	2019
<b>Nuevas infecciones por el VIH</b>			
Nuevas infecciones por el VIH (todas las edades)	<500 [<500–500]	<200 [<100– <500]	<200 [<100– <200]
Nuevas infecciones por el VIH (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Nuevas infecciones por el VIH (mujeres, +15)	<200 [<200– <500]	<100 [<100– <100]	<100 [<100– <100]
Nuevas infecciones por el VIH (hombres, +15)	<200 [<200– <500]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <100]
Incidencia del VIH por cada población de 1000 habitantes	0.31 [0.24–0.38]	0.11 [0.07–0.17]	0.07 [0.03–0.13]
<b>Muertes relacionadas con el sida</b>			
Muertes relacionadas con el sida (todas las edades)	<500 [<500– <500]	<200 [<200– <500]	<200 [<200– <500]
Muertes relacionadas con el sida (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Muertes relacionadas con el sida (mujeres, +15)	<200 [<100– <200]	<100 [<100– <100]	<200 [<100– <200]
Muertes relacionadas con el sida (hombres, +15)	<200 [<200– <200]	<100 [<100– <200]	<100 [<100– <200]
<b>Personas que viven con el VIH</b>			
Personas que viven con el VIH (todas las edades)	11 000 [10 000–13 000]	11 000 [9800–13 000]	11 000 [9100–12 000]
Personas que viven con el VIH (0-14)	... [...-...]	... [...-...]	... [...-...]
Personas que viven con el VIH (mujeres, +15)	5600 [4800–6400]	5600 [4800–6400]	5300 [4500–6100]
Personas que viven con el VIH (hombres, +15)	5500 [4700–6500]	5400 [4600–6300]	5100 [4200–6000]
Prevalencia del VIH (15-49)	1.1 [1–1.3]	0.9 [0.8–1.1]	0.7 [0.6–0.9]

## MÉTRICAS DE TRANSICIÓN DE LA EPIDEMIA



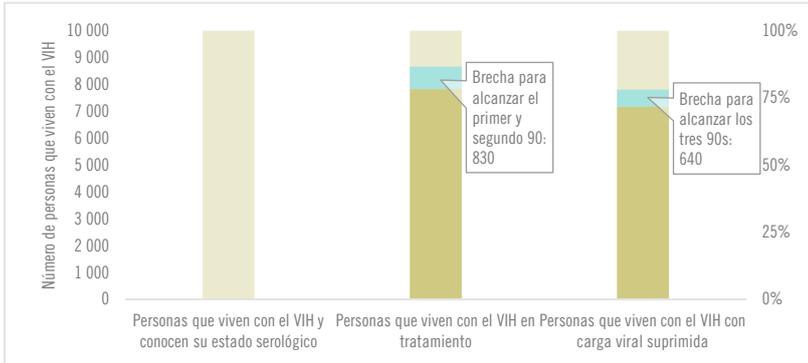
\* La incidencia: la tasa de mortalidad no aparece publicada si el país no ha logrado una cobertura de la terapia antirretroviral de un 81 % o más (el objetivo con relación a pruebas y tratamiento para el año 2020).

## GASTOS

	Fuentes de financiación					Total
	Privado nacional	Público nacional	Internacional: PEPFAR	Internacional: Fondo Mundial	Internacional: cualquier otro	
Último informe disponible: 2009	US\$ 277 991	US\$ 11 415 268	...	...	US\$ 1 408 776	US\$ 13 810 965

**Nota:** El informe sobre el Monitoreo Global del Sida no estaba disponible en el momento de la publicación.

**PRUEBAS DEL VIH Y CASCADA DE TRATAMIENTO**



<b>Todas las edades</b>	...% [...-...%]	73% [62-83%] 7 834	67% [57-76%]
<b>Niños (0-14)</b>	...% [...-...%]	...% [...-...%] 64	...% [...-...%]
<b>Mujeres (15+)</b>	...% [...-...%]	73% [62-83%] 3 865	66% [56-75%]
<b>Hombres (15+)</b>	...% [...-...%]	76% [63-89%] 3 905	71% [59-83%]

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL**

	<b>2010</b>	<b>2019</b>
Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH con acceso a medicamentos antirretrovirales	...% [...-...%]	...% [...-...%]
Tasa de transmisión vertical final incluyéndose el periodo de lactancia	...% [...-...%]	...% [...-...%]
Diagnóstico temprano en niños	...% [...-...%]	...% [...-...%]



# ANEXO SOBRE LOS MÉTODOS

## Parte 1. Métodos de obtención de estimaciones sobre el VIH de ONUSIDA

### Introducción

ONUSIDA proporciona anualmente estimaciones modeladas y revisadas respecto a la situación del sida en el mundo, en una región o en un determinado país. Para ello, utiliza los mejores datos epidemiológicos y programáticos disponibles para rastrear la epidemia del VIH. Las estimaciones modeladas resultan imprescindibles puesto que es imposible contar el número exacto de personas que viven con el VIH, el número de nuevas infecciones por el VIH o el número de personas que mueren por causas relacionadas con el sida en cualquier país. Para conseguirlo, sería necesario realizar pruebas del VIH periódicas a todas las personas e investigar las muertes, lo cual resulta logísticamente inviable y muy problemático desde el punto de vista de la ética. Las estimaciones modeladas, junto con los límites mínimos y máximos que las rodean, proporcionan una forma científicamente adecuada para describir los niveles y las tendencias de la epidemia del VIH.

### Alianzas para desarrollar los métodos adecuados para las estimaciones de ONUSIDA

Los diferentes equipos nacionales utilizan un software proporcionado por ONUSIDA para elaborar sus estimaciones anualmente. Estos equipos nacionales están principalmente formados por especialistas en materia de evaluación y monitorización, responsables de programas, epidemiólogos, demógrafos y otros profesionales del ministerio nacional de salud, las distintas instituciones nacionales para la respuesta al sida y diferentes socios técnicos.

El software utilizado para elaborar las estimaciones se denomina Spectrum (desarrollado por Avenir Health) y se dispone de modelos adicionales que interactúan con Spectrum para estimar la incidencia del VIH.<sup>1</sup> El Grupo de referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, elaboración de modelos y proyecciones proporciona una serie de directrices técnicas con relación al componente del VIH del software.<sup>2</sup>

### Breve descripción de los métodos utilizados por ONUSIDA para elaborar las estimaciones<sup>3</sup>

Para aquellos países en los que la transmisión del VIH es lo suficientemente elevada como para hablar de epidemia en la población general, los

datos epidemiológicos disponibles suelen partir de los resultados de la prevalencia del VIH de mujeres embarazadas que asisten a las clínicas prenatales y de las encuestas a la población que resultan representativas en el país. Muchos países a lo largo de su historia han llevado a cabo una vigilancia centinela entre las mujeres que asisten a las clínicas prenatales, la cual exige recoger datos de una selección de clínicas durante unos cuantos meses cada varios años. En los últimos años, un determinado número de países ha dejado de llevar a cabo una vigilancia centinela entre mujeres embarazadas y está ahora utilizando los datos procedentes de los test rutinarios del VIH que se realizan cuando las mujeres embarazadas asisten a las clínicas prenatales y se les realiza la prueba del VIH. Gracias a la información obtenida, no es necesario realizar otra observación posterior, puesto que las clínicas ya ofrecen un conjunto completo de datos procedentes de todos los centros del país, en lugar de solo muestras de lugares concretos.

Las tendencias de las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales, ya se observen mediante un estudio de vigilancia o a partir de datos rutinarios, se pueden utilizar para informar de las estimaciones de tendencias de prevalencia nacionales. Sin embargo, los datos procedentes de las encuestas de población, que se realizan con menor frecuencia, pero tienen una mayor cobertura geográfica y también incluyen a hombres, resultan más útiles para informar de las estimaciones de los niveles de prevalencia del VIH nacionales. Los datos procedentes de estas encuestas contribuyen asimismo a estimar la prevalencia del VIH en función de la edad y el sexo, y los niveles y las tendencias de la incidencia. En el caso de unos cuantos países del África subsahariana que no realizaron encuestas de población, los niveles de prevalencia del VIH se ajustaron comparando los resultados de la vigilancia de las clínicas prenatales con los datos obtenidos mediante las encuestas de población que sí llevaron a cabo otros países de la región. Las tendencias y los números respecto a la prevalencia del VIH entre las personas que están siguiendo una terapia antirretroviral solían dar lugar a una estimación de las tendencias de la incidencia del VIH.

Históricamente, los países con una elevada transmisión del VIH han dado lugar a tendencias de incidencia y prevalencia del VIH independientes para sus áreas urbanas y rurales cuando las diferencias geográficas están bien establecidas en la prevalencia. Con el fin de describir mejor y representar la heterogeneidad geográfica, un número creciente de países ha elaborado estimaciones subnacionales (esto es,

<sup>1</sup> Para conocer más información sobre Avenir Health, visite [www.avenirhealth.org](http://www.avenirhealth.org) (en inglés).

<sup>2</sup> Para conocer más información con relación al Grupo de referencia de ONUSIDA sobre estimaciones, elaboración de modelos y proyecciones, visite [www.epidem.org](http://www.epidem.org) (en inglés).

<sup>3</sup> En el suplemento de 2019 (volumen 33, suplemento 3) de la revista AIDS, se incluyen artículos en los que se describen los métodos empleados: <https://journals.lww.com/aidsonline/toc/2019/12153> (en inglés).

referentes a la provincia o el estado) que, en algunos casos, también reflejan las diferencias entre las zonas rurales y las urbanas. Estas estimaciones o tendencias subnacionales o rurales-urbanas se han agregado después para obtener estimaciones nacionales.

En todos los demás países en los que la transmisión del VIH tiene lugar sobre todo entre los grupos de población clave con mayor riesgo de contraer el VIH y donde se puede hablar de un nivel de epidemia bajo, las estimaciones proceden tanto de la vigilancia entre los grupos de población clave y la población general, de bajo riesgo, como de los datos proporcionados con relación a los casos de VIH, dependiendo siempre de los datos que resulten más fiables en un determinado país. En aquellos países que cuentan con datos de gran calidad respecto a la vigilancia del VIH entre los grupos de población clave, los datos de los estudios de prevalencia del VIH repetidos y centrados en los grupos de población clave se utilizan nuevamente para obtener las estimaciones y las tendencias nacionales. Las estimaciones del tamaño de los grupos de población clave se obtienen cada vez más empíricamente en cada país. Cuando se carece de estudios, las estimaciones se realizan a partir de los valores regionales y del consenso entre expertos. Otras fuentes de datos, como los datos referentes a los casos comunicados de VIH, las encuestas de población y la vigilancia entre mujeres embarazadas, se utilizan para estimar la prevalencia del VIH en la población general y de bajo riesgo. Las curvas de prevalencia del VIH y los números de personas en tratamiento antirretroviral se utilizan entonces para calcular las tendencias nacionales relacionadas con la incidencia del VIH.

En la mayoría de los países de Europa occidental y central y de América del Norte, así como en muchos países de América Latina, el Caribe, Oriente Medio y el norte de África, todos ellos con una vigilancia insuficiente de los casos de VIH o con pocos datos de encuestas, hay, sin embargo, sólidos sistemas para comunicar las enfermedades. Así, por ejemplo, la información de los casos de VIH y los datos de muertes relacionadas con el sida proceden de sistemas de registros fundamentales que se emplean para informar de las tendencias y de los niveles en la prevalencia y la incidencia nacional del VIH. Todos estos métodos también permiten a los países tener en cuenta las pruebas de registros incompletos o retrasos en lo referente a la transmisión de los datos de casos de VIH. Del mismo modo, permiten ver la clasificación incorrecta de las muertes relacionadas con el sida.

En todos aquellos países en los que ONUSIDA apoya la elaboración de las estimaciones, las hipótesis con relación a la efectividad de la ampliación de los programas del VIH y los patrones de la transmisión

del VIH y la progresión de la enfermedad se utilizan para obtener estimaciones específicas por edad y sexo del número de personas que viven con el VIH, las nuevas infecciones por el VIH, las personas que fallecen por enfermedades relacionadas con el sida y otros indicadores importantes (incluyéndose aquí las estadísticas referentes a la cobertura de los programas de tratamiento). Todas estas hipótesis parten de la revisión de publicaciones sistemáticas y de los análisis de datos en bruto procedentes de estudios llevados a cabo por expertos del ámbito científico. Los datos demográficos de población, entre ellos las estimaciones de fertilidad, se han extraído de los archivos de datos de 2019 para las Perspectivas de la Población Mundial de la División de Población de las Naciones Unidas o de censos recientes (1).

Las contribuciones seleccionadas para el modelo, incluyéndose aquí el número de personas en terapia antirretroviral y el número de mujeres con acceso a los servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH, se revisan y validan en alianza con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Gobierno de los Estados Unidos de América, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y otros socios.

Los archivos finales enviados por los países con los resultados del modelado se revisan en ONUSIDA para garantizar que los resultados sean comparables tanto entre regiones y países como a lo largo del tiempo.

En el año 2020, se crearon las estimaciones subnacionales, que utilizaron 39 países en el África subsahariana. Los métodos para la creación de estas estimaciones subnacionales aparecen explicados en la parte 4 de este anexo.

### **Límites inciertos en torno a las estimaciones de ONUSIDA**

El software de estimación calcula límites inciertos con relación a cada estimación. Los límites definen el rango dentro del cual reside el valor verdadero (si se puede medir). Cuando los límites son estrechos, la estimación es precisa, mientras que los límites amplios indican que hay una mayor incertidumbre respecto a la estimación.

En aquellos países que utilizan los datos procedentes de la vigilancia del VIH, la cantidad y las fuentes de los datos disponibles determinan, en parte, la precisión de las estimaciones. Los países con más datos recabados mediante la vigilancia de casos de VIH tienen rangos más pequeños que aquellos otros países con menos datos obtenidos

por vigilancia de casos o con tamaños de muestras más pequeños. Los países que han realizado encuestas de población nacionales suelen presentar menores rangos respecto a las estimaciones que aquellos otros que no han realizado encuestas. Los países que elaboran estimaciones subnacionales a nivel provincial presentan rangos más amplios. En los países en los que se utilizan los datos referentes a los casos de VIH comunicados y las muertes relacionadas con el sida, el número de años de los datos y la magnitud de los casos informados o de las muertes relacionadas con el sida contribuirán a determinar la precisión de la estimación.

Las hipótesis necesarias para llegar a la estimación también hacen que se amplíen los rangos en torno a las estimaciones. De manera resumida, podría decirse que, cuantas más hipótesis, mayor será el rango de incertidumbre, ya que cada hipótesis no hace sino introducir sus propias incertidumbres. Por ejemplo, los rangos en torno a las estimaciones de la prevalencia del VIH en adultos son más pequeños que los rangos en torno a las estimaciones de la incidencia del VIH entre niños, lo cual requiere datos adicionales sobre la prevalencia entre las mujeres embarazadas y la probabilidad de la transmisión maternoinfantil del VIH, que tiene su propia incertidumbre adicional.

ONUSIDA confía en que los números reales de personas que viven con el VIH, personas que acaban de contraer el VIH o personas que han muerto por motivos relacionados con el sida queden dentro de los rangos trasladados. A medida que vaya pasando el tiempo, cuando los países vayan aportando cada vez más y mejores datos, se logrará reducir la incertidumbre.

### **Mejoras incluidas en el modelo de estimaciones de ONUSIDA para 2020**

Los equipos de cada país crean nuevos archivos de Spectrum cada año. Estos archivos podrían cambiar de un año a otro por dos motivos. El primero, porque se introducen en el modelo nuevos datos procedentes de la vigilancia y de los programas. Esto puede hacer que con el tiempo vayan cambiando las tendencias de incidencia y prevalencia del VIH o las tasas de cobertura de la terapia antirretroviral, incluidas las de los años anteriores. En segundo lugar, las mejoras se incorporan al modelo de acuerdo con los últimos métodos estadísticos y científicos disponibles, los cuales llevan a la creación de tendencias más precisas en la incidencia del VIH. Ocasionalmente, los países también cambiarán la opción del modelaje de la incidencia dentro de Spectrum, a partir de las mejoras en los datos disponibles en el país. Debido a todas estas mejoras realizadas en el modelo y

a la incorporación de nuevos datos para crear las estimaciones, los resultados de los años anteriores no se pueden comparar con los resultados de este año. Sin embargo, cada año se crea un conjunto histórico completo de estimaciones que, con el tiempo, permite describir las tendencias.

Entre las estimaciones de 2019 y 2020, se aplicaron los siguientes cambios al modelo, de acuerdo con las directrices del Grupo de referencia de ONUSIDA para la elaboración de estimaciones, modelos y proyecciones, y apoyándose siempre en las últimas evidencias científicas.

### **La lactancia materna entre mujeres que viven con el VIH**

En el año 2020 se introdujo una nueva opción para permitir a los países que introdujeran las tasas de abandono de la terapia antirretroviral por parte de mujeres lactantes durante el primer año de lactancia y durante doce meses o más. Esto queda reflejado en una investigación que demuestra que durante el primer año de lactancia materna se registran niveles más altos de abandono del tratamiento que en años posteriores (2).

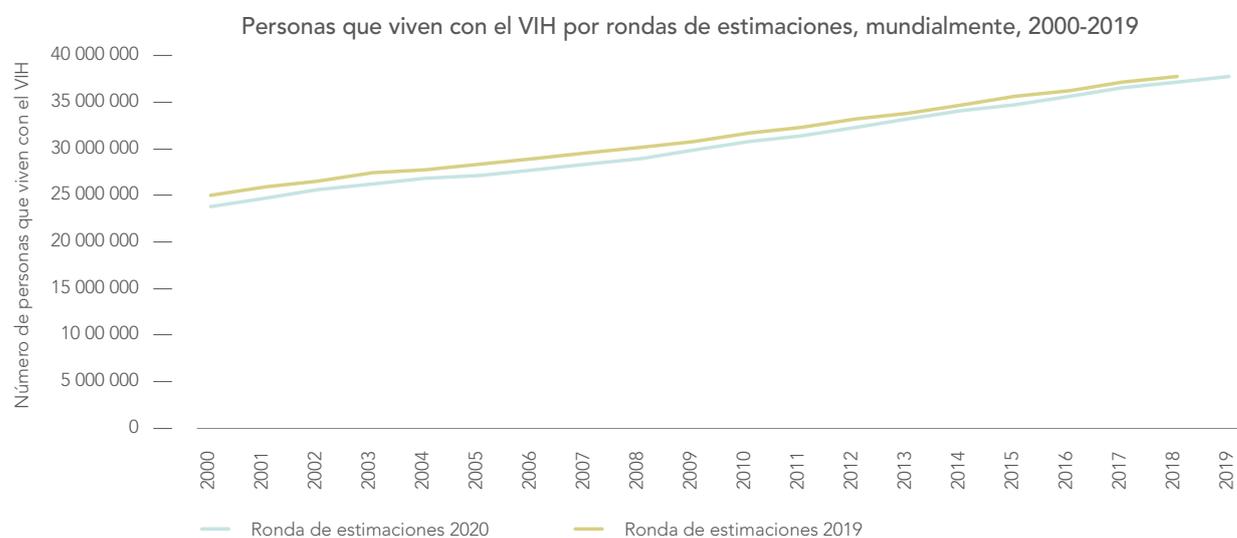
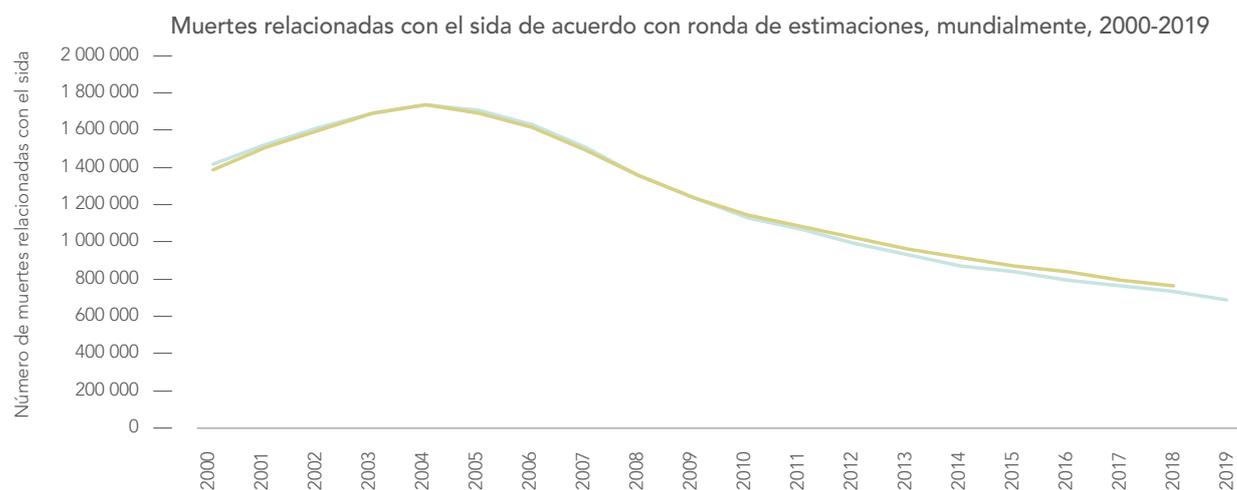
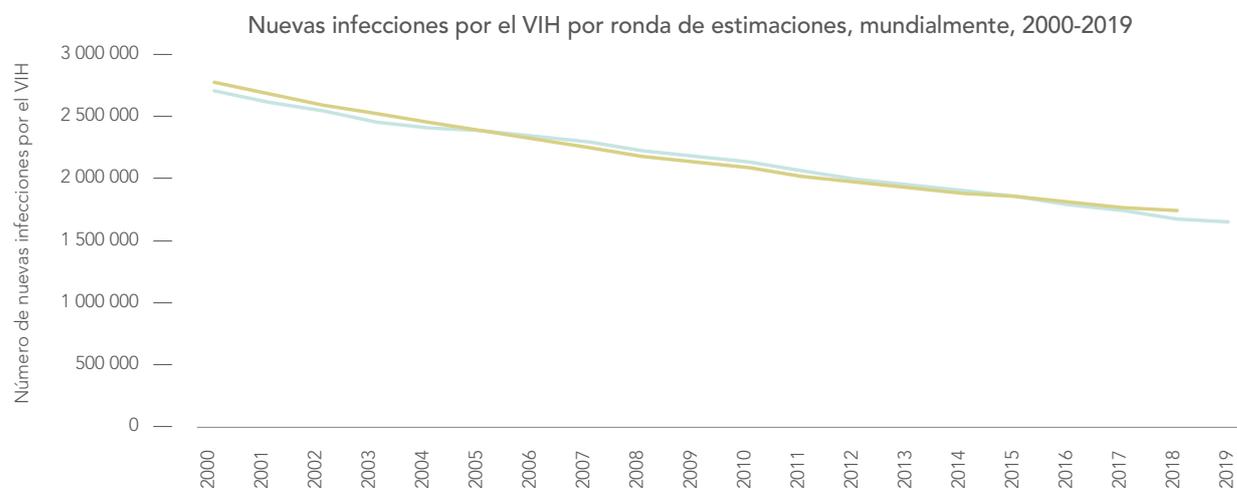
Además, se actualizaron los patrones referentes a la duración de la lactancia en las mujeres que viven con el VIH. En versiones previas del software, los datos de una encuesta de población reciente se utilizaron para informar de la distribución de la duración de la lactancia materna. En el modelo de 2020, la distribución se mejoró para pasar a utilizar una distribución de la región por estado serológico de la mujer con el fin de mejorar la precisión de las estimaciones.

### **Cambios en la vigilancia de casos y el modelo de registro vital**

De acuerdo con las directrices técnicas del Grupo de referencia de ONUSIDA para la elaboración de estimaciones, modelos y proyecciones, la herramienta de modelaje basada en la vigilancia de casos y el modelo de registro vital se modificó para que cuadrara con los nuevos diagnósticos por edad y sexo, y los datos de mortalidad. Se eliminó del modelo la opción de encajar con los datos del conteo de CD4 en el momento del diagnóstico a partir de los sistemas de vigilancia de casos, mientras que los análisis adicionales sí se están llevando a cabo para valorar la utilidad de dichos datos.

Se revisó también el modelo de diagnóstico del VIH para permitir una tasa de diagnóstico más flexible que incluyera un impulso inicial de las pruebas del VIH y una segunda oleada de pruebas del VIH que siguiera una curva logística. Asimismo, se añadieron pruebas del VIH motivadas por infecciones oportunistas. Por último, todos estos enfoques de ajuste que utilizaban

### Comparación de las estimaciones de ONUSIDA de 2019 a 2020: nuevas infecciones por el VIH, muertes relacionadas con el sida y personas que viven con el VIH, 2000-2019



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2019 y 2020 (véase <https://aidsinfo.unaids.org/>, en inglés).



Fotografía: ONUSIDA

la logística doble y la curva spline se modificaron para mejorar los ajustes de la curva.

En todo el mundo, las tendencias en las nuevas infecciones por el VIH, las muertes relacionadas con el sida y el número de personas que están viviendo con el VIH son similares a los observados en la ronda de 2019, aunque hubo algunas variaciones entre las regiones (véase la figura).

### **Publicación de estimaciones específicas de cada país**

ONUSIDA tiene como objetivo publicar estimaciones para todos los países con poblaciones de 250 000 personas o más (de acuerdo con las estimaciones de población que constan en el informe *Perspectivas de la población mundial 2019*, de la División de Población de las Naciones Unidas) (1). En el caso de los países con poblaciones de 250 000 personas o más que no enviaron estimaciones, ONUSIDA desarrolló sus propias estimaciones mediante el software Spectrum, a partir de los datos publicados o la información relacionada disponible. Estas estimaciones sí contribuyeron a los totales regionales y globales, pero no se publicaron como estimaciones específicas de un país.

En aquellos países con un bajo nivel de epidemia, resulta difícil de estimar el número de mujeres embarazadas que viven con el VIH. Muchas mujeres que viven con el VIH en estos países son trabajadoras sexuales o consumidoras de drogas. En algunos casos son también parejas sexuales de consumidores de drogas, gays u hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. Como consecuencia de ello, presentan niveles de fertilidad

diferentes a los de la población general. ONUSIDA no presenta las estimaciones de la transmisión maternoinfantil del VIH, incluyéndose aquí las estimaciones con relación a los niños en algunos de los países en los que se ha concentrado la epidemia, a menos que se disponga de datos adecuados para validar las cifras. ONUSIDA tampoco publica las estimaciones referentes a niños para los países en los que el número estimado de mujeres embarazadas no supera el medio centenar.

En cuanto a dar a conocer las tendencias de la incidencia, a menos que se disponga de suficientes datos históricos como para afirmar con certeza que se observa un descenso, ONUSIDA solo publicará los datos del año más reciente. La finalidad de esta decisión es evitar que los usuarios saquen conclusiones imprecisas sobre las tendencias. En concreto, las tendencias de la incidencia no se publican cuando se dispone de menos de cuatro datos fundamentales para los grupos de población clave o cuando no se cuenta con datos de los últimos cuatro años en el caso de países que usaron encuestas repetidas o datos relacionados con las pruebas rutinarias. Las tendencias anteriores al año 2000 no se publican para los países que emplearon modelos de vigilancia de casos si no había vigilancia de casos previa o no se dispone de los datos referentes a la mortalidad.

Por último, ONUSIDA no publica las estimaciones de los países siempre que se precisan más datos o análisis para obtener estimaciones justificables. Para más información con relación a las estimaciones de ONUSIDA y los archivos individuales de Spectrum para la mayoría de los países, consúltese el sitio web de ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)). Los datos referentes a las estimaciones se encuentran en la sección AIDSinfo del sitio web de ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>, en inglés).

## Parte 2. Métodos para obtener los objetivos 90–90–90

### Introducción

Desde el año 2015, ONUSIDA viene informando de las estimaciones del progreso mundial, regional y nacional con relación a los objetivos 90–90–90. El progreso para la consecución de estos objetivos se mide a partir de tres indicadores básicos:

- Indicador 1 (el primer 90): Porcentaje de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico positivo.
- Indicador 2 (el segundo 90): Porcentaje de personas que viven con el VIH, conocen su estado serológico y tienen acceso al tratamiento.
- Indicador 3 (el tercer 90): Porcentaje de personas que viven con el VIH en tratamiento y tienen la carga viral suprimida.

Los indicadores 2 y 3 también se pueden expresar como el porcentaje de todas las personas que viven con el VIH. Cuando los números o la cobertura del objetivo del tratamiento se expresan con relación al número total de personas que viven con el VIH, hablamos de pruebas del VIH y cascada de tratamiento. Las estimaciones anuales de la cobertura de la terapia antirretroviral entre las personas que viven con el VIH están disponibles desde el mismo momento en que el tratamiento se introdujo por primera vez en los países.

### Fuentes de datos para obtener las cifras de los países

El progreso de cada país para la consecución de los objetivos 90–90–90 se logró partiendo de los datos obtenidos de Spectrum, la herramienta de Monitoreo Mundial del Sida y (en el caso de los países seleccionados en Europa occidental y central) el proceso de monitoreo establecido en la Declaración de Dublín. Las estimaciones se publican para toda la población, y se distingue entre niños (de 0 a 14 años) y adultos (de 15 años en adelante, por sexo). Los rangos superiores o inferiores de incertidumbre para las estimaciones nacionales se calcularon a partir del rango del número estimado de personas que viven con el VIH. Este rango podría no captar por completo la incertidumbre de las estimaciones informadas.

En las directrices del Monitoreo Global del Sida de 2019 (3) se incluye una descripción de los indicadores relacionados con el objetivo proporcionados por los diferentes países. Las fuentes de datos también se describen brevemente. En la tabla de la página 424 se proporciona un resumen, por región, del número de países que hacen pública cada una de las mediciones.

El conjunto final de las mediciones por países del progreso respecto a los objetivos 90–90–90 desde 2015 hasta 2019 se puede consultar en <http://aidsinfo.org>

(en inglés). No todos los países fueron capaces de informar de los tres pilares de los objetivos 90–90–90: las cascadas completas de tratamiento se publicaron para 60 países, exactamente igual que en la ronda anterior.

### Estimaciones de personas que viven con el VIH

Todas las mediciones del progreso incluidas en este informe se basan en las estimaciones modeladas realizadas por ONUSIDA mediante Spectrum para conocer el número a nivel mundial, regional y nacional de personas que viven con el VIH. Estas estimaciones de personas que viven con el VIH se llevan a cabo para todos los países cuya población supera los 250 000 habitantes. En la parte 1 del presente anexo se incluye más información sobre cómo ONUSIDA obtiene las estimaciones, así como sobre los límites de incertidumbre con relación al número de personas que viven con el VIH.

Las estimaciones de personas que vivían con el VIH en 2019 estuvieron disponibles para 170 de los 194 países y territorios, y se publicaron para 122. Las estimaciones publicadas de personas que viven con el VIH en los distintos países (disponibles en <http://aidsinfo.unaids.org>, en inglés) representan el 80 % de los números mundiales estimados de personas que vivían con el VIH en el año 2019.

### Conocimiento del estado serológico del VIH entre las personas que viven con el VIH

Las estimaciones del número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico positivo se obtuvieron a partir de la vigilancia reciente de casos de VIH, la información de los programas y los datos de encuestas de población representativos. Siempre que se disponía de datos por separado para niños (de 0 a 14 años) y adultos (de 15 años en adelante, por sexos), se calcularon primeramente las cifras específicas por edad y sexo, y después se agregaron estas para obtener los datos totales del país.

Para los países situados fuera de África oriental y meridional, y África occidental y central, las estimaciones publicadas del número de personas que viven con el VIH y que conocen su estado serológico positivo se basan en los datos notificados de casos a partir de la vigilancia del VIH, los registros de los programas, y las estimaciones modeladas obtenidas a partir de los datos de la vigilancia de casos. Si las estimaciones procedentes de estas fuentes eran más bajas que el número de personas que accedía a la terapia antirretroviral, el valor hallado quedaba directamente excluido. En el caso de los países que recurrían a la vigilancia del VIH o los datos de los programas, cada país debería haber incluido estos datos solo si el sistema de

vigilancia del VIH hubiera estado funcionando desde, al menos, el año 2014, y se hubiera eliminado ya a las personas que hubieran fallecido o emigrado, o cuyo seguimiento se hubiera interrumpido en algún momento.

Aunque los sistemas de vigilancia del VIH, incluyéndose aquellos basados en registros de programas, constituyen una fuente de datos razonablemente fiables como para estimar a partir de ellos el número de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, lo cierto es que aún existen sesgos en los números comunicados. Así, por ejemplo, la medición que ofrece un país respecto al conocimiento del estado serológico positivo puede resultar infravalorada si no se ha comunicado a tiempo al sistema de vigilancia el número de todas las personas diagnosticadas. Sin embargo, la medición puede resultar exagerada si las personas se comunican al sistema o se incluyen en un registro más de una vez y dichos duplicados no se detectan. De igual modo, en el caso de que las personas fallezcan o emigren, pero no se eliminen del sistema, el número de personas que viven con el VIH y que se comunica que conocen su estado serológico será también superior al real.

Para la mayoría de los países situados en África oriental y meridional, y África occidental y central, las estimaciones de los números de personas que vivían con el VIH y conocían su estado serológico se obtuvieron utilizando el modelo matemático apoyado por ONUSIDA y denominado Shiny90. Este modelo emplea la encuesta a la población y los datos del programa del servicio de pruebas para la detección del VIH, junto con los parámetros de la epidemia del VIH específicos del país procedentes del modelo Spectrum estándar de ONUSIDA, para obtener los resultados que reflejen el conocimiento del estado serológico positivo para adultos por sexos. Existe más información con relación al enfoque del modelaje (4).

El conocimiento del estado serológico positivo a partir del modelo Shiny90 para África oriental y meridional, y África occidental y central presenta una serie de ventajas en comparación con otros enfoques que confían directamente en los datos de la encuesta a la población y los datos referentes a la cobertura del tratamiento del programa. Lo más importante de todo es que el modelo Shiny90 emplea datos de las encuestas a la población para estimar el porcentaje de personas que viven con el VIH que dicen haberse realizado en alguna ocasión una prueba para detectar el VIH y que son conocedoras de su estado serológico positivo, y de todas aquellas que pueden haberse seroconvertido tras el negativo de su último test. Esta distinción se observa por la tendencia de incidencia nacional calculada en Spectrum y es coherente con las estimaciones nacionales publicadas con relación a la prevalencia del VIH y la cobertura de la terapia antirretroviral. La herramienta Shiny90 también utiliza

datos procedentes de Spectrum y de las encuestas a la población para estimar el conocimiento del estado serológico por sexo y edad, teniendo en cuenta que las tasas de pruebas hombres-mujer han tenido un comportamiento relativamente constante con el paso del tiempo. Las estimaciones del conocimiento del estado serológico están también disponibles desde el año 2010.

Al igual que otros de los enfoques para la estimación, este modelo presenta una limitación importante: se ha de tener cuidado al interpretar los resultados en aquellas situaciones en que la última encuesta realizada a la población se llevara a cabo hace más de cinco años, o cuando preocupe la certeza del historial de las pruebas autoinformadas en la encuesta. Los países pueden incluir los datos de las pruebas del VIH procedentes de programas para el VIH, con el fin de mejorar las tendencias de aquellos años en que no se disponía de los datos de las encuestas de población.

Otra limitación que se detecta es que los resultados del modelo solo hacen referencia a quienes tienen de 15 años en adelante. ONUSIDA continúa recomendando a los distintos países que, por métodos conservadores, traten de realizar estimaciones del conocimiento del estado serológico entre los niños como proporción de niños que viven con el VIH y están en tratamiento (a menos que se disponga de otra información a partir de los datos procedentes de la vigilancia de casos).

#### **Personas con acceso a la terapia antirretroviral**

Los cálculos mundiales y regionales de los números referentes a la terapia antirretroviral se extraen de los datos de los programas de ONUSIDA mediante su software Spectrum, la herramienta de información Monitoreo Global del Sida y el proceso informativo de la Declaración de Dublín. En la ronda del año 2020, 118 países informaron públicamente

de los números respecto al tratamiento, y entre los años 2015 y 2019, 144 países tuvieron al menos una estimación disponible respecto al número de personas en tratamiento (representando al 85 % de todas las personas en tratamiento).

Para los pocos países en los que los números de personas en tratamiento no están disponibles en los años seleccionados (fundamentalmente en Europa occidental y central, América del Norte, China, la India y la Federación de Rusia), las estimaciones del número de personas en tratamiento se realizan bien mediante la consulta con la agencia de salud pública responsable de la supervisión del programa de tratamiento nacional, bien tomando como referencia fuentes publicadas o no publicadas.

Junto con UNICEF, la OMS, el Gobierno de los Estados Unidos y otros socios que apoyan el suministro de los servicios de tratamiento en los países, ONUSIDA revisa y valida cada año los números relacionados con el tratamiento que los distintos países hacen llegar a ONUSIDA por medio del Monitoreo Global del Sida y Spectrum. El



Fotografía: ONUSIDA

personal de ONUSIDA también proporciona apoyo técnico y formación a los responsables de salud pública de cada país y de las clínicas con el fin de garantizar la calidad de los datos transmitidos con relación al tratamiento. No obstante, esta medición podría sobrecalcular el número de personas en tratamiento si los mismos datos son transmitidos por personas de ambas instalaciones. Del mismo modo, la cobertura del tratamiento se podría exagerar si las personas que han fallecido, se han alejado de los cuidados o han emigrado no se identifican y se eliminan de los registros que recogen los tratamientos. Por el contrario, los números referentes al tratamiento se podrían infravalorar en caso de que no todas las clínicas informaran adecuadamente o a tiempo respecto a la terapia.

En el año 2016, ONUSIDA llevó a cabo una triangulación de los datos para comprobar su estimación mundial con relación al número de personas que tuvo acceso a la terapia antirretroviral a finales de 2015. Desde principios de 2017, ONUSIDA y otros colaboradores internacionales han apoyado a más de 15 países, principalmente del África subsahariana, para verificar la exactitud del número que se comunicaba de personas que están actualmente en tratamiento. Para más información sobre la confianza que tiene ONUSIDA en los números comunicados con relación al tratamiento, véase *¿Cuántas personas que viven con el VIH tienen acceso al tratamiento?*<sup>4</sup>

### **Personas que han conseguido la supresión de la carga viral**

El progreso hacia el objetivo de la supresión viral entre las personas en tratamiento y como porcentaje de las personas que viven con el VIH se obtuvo a partir de los datos informados en Spectrum y mediante la herramienta de información Monitoreo

Global del Sida y el proceso informativo de la Declaración de Dublín.

Para la presentación de los informes, el límite para la supresión es una carga viral de menos de 1000 copias por ml. Algunos países podrían establecer límites más bajos o necesitar personas para conseguir una carga viral indetectable, y en aquellos lugares en que estos límites más bajos son informados por un país, la estimación del número de personas que habrían suprimido su carga viral en 1000 copias por ml se añade al número informado para ser suprimido en el nivel inferior. La guía del Monitoreo Global de Sida describe este ajuste con más detalle. En esta guía también se especifica que solo se debería enviar el resultado del último test que una persona se realiza en el año del informe, de manera que el número referente a la supresión que se comunica de entre todas aquellas personas que se han realizado un test debería representar a las personas, y no a los test realizados.<sup>5</sup>

Las directrices del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA de 2019 se revisaron a partir de las de 2018 para aclarar que los países deberían informar de los resultados de la supresión de la carga viral, con independencia de la cobertura de las pruebas. Sin embargo, los resultados de las pruebas de la carga viral solo se publicarán en aquellos países donde el acceso a las pruebas es representativo dentro del país de todas las personas que se encuentran en tratamiento (habitualmente una cobertura del 50 % o superior). La tabla de la página 424 recoge el aumento en el número de países que son capaces de informar de la supresión de la carga viral en comparación con los de años anteriores. En el año 2015, solo 29 países obtuvieron estimaciones fiables; en 2019 fueron 70 los países con datos informados.

<sup>4</sup> El documento está disponible en <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/how-many-people-living-with-HIV-access-treatment> (en inglés).

<sup>5</sup> Este documento está disponible en [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf).

## Disponibilidad de datos para elaborar las medidas de progreso de ONUSIDA respecto a los objetivos 90-90-90, 2015-2019

		Asia y el Pacífico	El Caribe	África oriental y meridional	Europa oriental y Asia central	América Latina	Oriente Medio y Norte de África	África occidental y central	Europa occidental y central, y América del Norte	Mundial
Número de países		38	16	16	21	17	20	25	40	193
Número de países en las estimaciones mundiales de ONUSIDA		28	10	20	16	17	19	24	36	170
Número de países con datos públicamente disponibles con relación a las estimaciones de personas que viven con el VIH	2015	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2016	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2017	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2018	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2019	18	7	20	12	14	13	24	10	118
Número de países con datos públicamente disponibles con relación al conocimiento del estado serológico positivo	2015	8	6	18	9	5	7	22	15	90
	2016	10	6	19	9	7	7	22	19	99
	2017	11	6	19	9	8	7	22	23	105
	2018	11	6	19	10	9	8	22	19	104
	2019	11	6	20	10	10	7	23	6	93
Número de países con datos públicamente disponibles con relación al tratamiento	2015	22	9	20	15	17	17	24	20	144
	2016	22	9	20	13	17	17	24	19	141
	2017	23	9	20	14	17	18	24	17	142
	2018	21	9	20	13	16	16	24	14	133
	2019	18	7	20	12	15	13	24	9	118
Número de países con datos públicamente disponibles con relación a las personas con carga viral suprimida	2015	6	2	3	6	4	3	1	4	29
	2016	6	4	8	6	8	4	2	8	46
	2017	7	6	6	9	10	6	3	7	54
	2018	8	8	14	9	9	7	7	8	70
	2019	9	7	18	12	7	6	6	5	70

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020.

Para países con acceso nacionalmente representativo, pero no universal, a las pruebas para la supresión viral, la estimación de dicha supresión entre las personas a las que se realizó la prueba (es decir, el tercer 90) se multiplicó por el número de personas en tratamiento para obtener los niveles de supresión viral generales en el país.

Los datos comunicados por los países plantean una serie de retos a la hora de supervisar el objetivo referente a la supresión de la carga viral. En primer lugar, las pruebas de carga viral rutinarias podrían no ofrecerse en todas las instalaciones dedicadas al tratamiento del VIH, y los centros que sí las ofrece-

rían podrían no ser representativos de las atenciones disponibles en las instalaciones sin pruebas de carga viral. Puesto que no es posible conocer una determinada supresión en población a la que no se realiza la prueba, consideramos que el porcentaje de personas con carga viral suprimida entre quienes tienen acceso a las pruebas de carga viral es representativo de todas las personas en tratamiento.

Existe otro desafío a la hora de medir la precisión de las estimaciones de la supresión de la carga viral: de acuerdo con las pautas de ONUSIDA, se necesitan resultados de pruebas de carga viral realizadas rutinariamente (por ejemplo, una vez al año) solo en el

caso de las personas que están en tratamiento y que se consideran aptas para las pruebas. Si las personas que acaban de comenzar el tratamiento logran la supresión viral pero aún no se les ha realizado la prueba de la carga viral, figurarán erróneamente en el grupo de los no suprimidos, por lo que la estimación de la supresión viral resultante será menor de la que en realidad es. ONUSIDA también pide a los países que solo comuniquen los resultados de las pruebas de carga viral realizadas de forma rutinaria: si los países comunican resultados de pruebas realizadas fundamentalmente por sospecha de fracaso de tratamiento, se infravalorará el número de personas con supresión viral. ONUSIDA valida los envíos de aquellas pruebas realizadas por razón de calidad, pero no siempre es posible identificar casos en los que haya tanto pruebas rutinarias como de otro tipo.

Por último, ONUSIDA recomienda a través de sus pautas informar de los resultados de pruebas de carga viral realizadas a las personas que están siguiendo una terapia antirretroviral; las personas que no están en tratamiento y quienes de manera natural suprimen el virus no están incluidas en estas mediciones.

### **Métodos para lograr el objetivo de tratamiento 90–90–90 tanto a nivel regional como mundial**

Todos los datos de los programas enviados a ONUSIDA fueron validados por ONUSIDA y sus socios antes de su publicación. Los datos enviados por los diferentes países que no pasaron los controles de calidad ni a nivel de indicador ni a lo largo de la cascada de tratamiento no se incluyeron ni en la medición regional ni en la global.

Para estimar el progreso regional y mundial hacia los objetivos 90–90–90, ONUSIDA completó los datos nacionales faltantes para los objetivos del primer y el tercer 90 usando un modelado jerárquico Bayesiano con incertidumbre, basándose en las tendencias regionales, las diferencias sexuales y los datos específicos de los países en todos aquellos casos de países que transmitieron datos referentes a algunos años, pero no a todos. Las estimaciones están disponibles por sexos para adultos de 15 años en adelante desde 2015 hasta el año 2019. Al igual que lo sucedido en años anteriores, los resultados del progreso mundial y regional hacia los objetivos 90–90–90 presentados en este informe sustituyen todas las estimaciones publicadas anteriormente. Existe más información con relación al enfoque del modelaje (5).

En la tabla de la página 426 se muestra la proporción de las estimaciones con relación al conocimiento del estado serológico y la supresión de la carga viral atribuidas por región de 2015 a 2019 para representar

a los países a los que les faltan datos. Debido a las grandes diferencias observadas en la proporción de personas con supresión viral en Europa occidental y central, y los Estados Unidos durante los años para los que se dispone de datos, las estimaciones subregionales se calcularon por separado para América del Norte y Europa occidental y central, y posteriormente se combinaron para estimar en su conjunto los resultados regionales para Europa occidental y central, y América del Norte. Se proporcionan grados de incertidumbre mayores y menores con relación a las estimaciones mundiales y regionales de la prueba del VIH y la cascada de tratamiento que reflejan la incertidumbre en el número de personas que viven con el VIH y la incertidumbre (por los datos que faltan de los países) en el número de personas que conocen su estado serológico y en aquellas con carga viral suprimida. De acuerdo con los informes de las revisiones realizadas en 2019 para comprobar la calidad de los datos, a los límites de la cobertura del tratamiento entre las personas que viven con el VIH y el segundo y el tercer 90 se añadió la incertidumbre de los posibles sobrerregistros o subregistros de los números relacionados con el tratamiento. Los rangos superiores e inferiores de incertidumbre para alcanzar los objetivos 90–90–90 no detectan la incertidumbre en los datos de los programas comunicados o faltantes con relación al número de personas que conocen su estado serológico positivo o al número de personas en tratamiento con carga viral suprimida.

El primer y principal problema que surge como consecuencia de la incompleta disponibilidad de los datos de las estimaciones del país es que es difícil cuantificar la extensión en la que el progreso en los países que proporcionaron datos a ONUSIDA es similar al de los países de la región que carecen de datos. Esto es algo especialmente cierto en el caso de las estimaciones de la supresión de la carga viral, donde los datos transmitidos para algunas regiones, especialmente en 2015 y 2016, son limitados. Por ejemplo, la cobertura de las pruebas de carga viral en África occidental y central fue especialmente bajo entre 2015 y 2017, y la mayoría de las estimaciones procedían de países que comunicaron sus datos en 2018 y 2019. En Asia y el Pacífico, las estimaciones nacionales de la supresión de la carga viral no se encuentran disponibles en ningún año ni para la India ni antes de 2018 para China. En Europa occidental y central, y en América del Norte, la comunicación de las pruebas del VIH y del tratamiento, incluyéndose aquí la supresión de la carga viral mediante la Declaración de Dublín, se suspendió debido a la pandemia de la COVID-19, y la última estimación comunicada de la supresión de la carga viral por parte de los Estados Unidos en el momento de elaborar este informe era del año 2016.

**Proporción de datos atribuidos con relación al número de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico y al número de personas que viven con el VIH en tratamiento y con carga viral suprimida, 2015-2019**

		Asia y el Pacífico	El Caribe	África oriental y meridional	Europa oriental y Asia central	América Latina	Oriente Medio y Norte de África	África occidental y central	Europa occidental y central, y América del Norte	Mundial
Estimaciones de personas que viven con el VIH donde se atribuye el conocimiento del estado serológico (%)	2015	84	15	0	8	27	29	0	30	17
	2016	83	15	0	8	23	30	0	13	16
	2017	23	15	0	7	19	31	0	29	7
	2018	49	15	0	6	13	27	0	39	11
	2019	79	16	0	2	58	34	0	97	21
Estimaciones de personas que viven con el VIH en tratamiento donde se atribuye la supresión viral (%)	2015	83	91	57	76	31	63	99	18	63
	2016	84	88	33	9	28	59	99	2	47
	2017	85	56	47	7	17	42	91	92	61
	2018	14	2	25	5	24	41	63	96	33
	2019	73	14	1	4	28	45	87	98	31

Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2020.

### Parte 3. Datos con relación a los grupos de población clave

#### **Distribución de las nuevas infecciones por el VIH por subpoblación**

La distribución de las nuevas infecciones por el VIH entre subpoblaciones mundialmente y por región se estimó a partir de los datos para 170 países utilizando cuatro fuentes de datos.

El número subyacente de nuevas infecciones para cada país se estimó con Spectrum. Se emplean las nuevas infecciones entre hombres y mujeres de entre 15 y 49 años.

Para los países que modelan su epidemia del VIH basándose en los datos de las subpoblaciones, incluyéndose los grupos de población clave, los números de las nuevas infecciones se extrajeron de los archivos de Spectrum 2020. Esta fuente proporcionó datos para los trabajadores sexuales de 60 países, las personas que se inyectan drogas procedentes de 37 países, los gays y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres procedentes de 62 países, y las personas transgénero de 20 países (todos ellos localizados en América Latina, el Caribe, Asia y el Pacífico). Además,

18 países (casi todos de Asia y el Pacífico) recibieron datos de clientes de trabajadores sexuales.

Las nuevas infecciones por el VIH para los países de Europa occidental y central procedían de la vigilancia del VIH/sida en Europa en el año 2019 (datos de 2018) por parte del Centro Europeo para el Control y la Prevención de las Enfermedades y de la Oficina regional de la OMS para Europa (6). Los porcentajes de nuevos diagnósticos para cada región en Europa (occidental, central y oriental) se aplicaron a las estimaciones de ONUSIDA de las nuevas infecciones en cada país para las personas que se inyectan drogas, los gays y otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero. Los datos referentes a los trabajadores sexuales no estaban disponibles en el informe del Centro Europeo para el Control y la Prevención de las Enfermedades. Las nuevas infecciones por el VIH en China, la India, la Federación de Rusia y los Estados Unidos se tomaron de la mayoría de los informes nacionales más recientes disponibles con relación a los nuevos diagnósticos o de otras fuentes publicadas.



Fotografía: ONUSIDA

Las nuevas infecciones entre países sin fuente directa de datos se calcularon a partir de los puntos de referencia nacionales. Estos puntos de referencia nacionales se establecieron a partir de la proporción media de las nuevas infecciones en la subpoblación específica disponible en todos los países disponibles en la misma región. La mayoría de estos países estaban situados en el África subsahariana. Fueron 115 los países que usaron los valores de los puntos de referencia para las estimaciones de los trabajadores sexuales, 97 países para estimar las personas que se inyectaban drogas, 72 países para las estimaciones de los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y 143 países recurrieron a ellos para las estimaciones de las personas transgénero.

Las nuevas infecciones entre las parejas sexuales de los grupos de población clave se estimaron a partir del número de parejas sexuales y de las probabilidades de transmisión señaladas en diferentes estudios publicados y avalados por la ciencia. Aquí estaban incluidas las parejas sexuales que no se inyectan drogas de personas que sí se inyectan drogas, las parejas sexuales femeninas de los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los cónyuges/parejas sexuales estables de trabajadores sexuales, los clientes de trabajadores sexuales y los cónyuges/parejas sexuales estables de dichos clientes.

### **La calidad de las estimaciones del tamaño de la población**

Las estimaciones del tamaño de la población se utilizan para calcular los riesgos relativos presentados en ese informe. El sistema del Monitoreo Global del Sida recoge las estimaciones referentes al tamaño de la población. Algunas de las estimaciones de tamaño enviadas se consideran subnacionales, y ONUSIDA recurre a los promedios regionales de las proporciones de la población de las estimaciones de tamaño enviadas para completar la información faltante o extrapolarla de las estimaciones subnacionales.

Las secciones regionales de este informe incluyen tablas sobre el tamaño estimado de los grupos de población clave. Todos estos datos se basan en los valores informados mediante el Monitoreo Global del Sida en 2018 y 2019. Todos los datos se revisaron de forma exhaustiva durante las rondas de información y, por consiguiente, las estimaciones no deberían compararse con los datos presentados en informes previos de ONUSIDA. Como resultado de todo este proceso, las estimaciones proporcionadas se pueden clasificar en las siguientes categorías:

- «Estimación del tamaño de la población nacional» hace referencia a estimaciones obtenidas empíricamente mediante el uso de uno de los siguientes métodos: los multiplicadores, la captura-recaptura, el mapeo / la enumeración, el método network scale up o método de ampliación de red (NSUM, por sus siglas en inglés), las encuestas basadas en la población o las muestras sucesivas-muestras guiadas por el participante (RDS-SS, por sus siglas en inglés). Las estimaciones tenían que ser nacionales o una combinación de múltiples sitios con un claro enfoque a extrapolarlas a una estimación nacional.
- «Estimación del tamaño de la población local» hace referencia a las estimaciones que se obtuvieron empíricamente utilizando uno de los métodos antes mencionados, pero solo para un grupo subnacional de lugares que resultan insuficientes para realizar una extrapolación nacional.
- «Datos insuficientes» hace referencia tanto a las estimaciones procedentes de opiniones de expertos, Delphi, la sabiduría de la multitud, resultados programáticos o registro, puntos de referencia regionales o métodos desconocidos, o estimaciones procedentes antes de 2015. Las estimaciones podrían ser o no nacionales.

## Parte 4. Estimaciones del VIH subnacionales para el África subsahariana y el Caribe

Las estimaciones del VIH subnacionales se generaron para 38 países en el África subsahariana y también para Haití y el Caribe. El indicador mostrado en el mapa de la página 19 muestra la incidencia de la infección del VIH entre las mujeres de entre 15 y 24 años a nivel subnacional.

Para generar las estimaciones subnacionales, se emplearon dos métodos: el modelo Naomi fue utilizado por 21 países (20 en el África subsahariana y uno en el Caribe), mientras que el método de disgregación por distritos se empleó para otros 18 países en el África subsahariana (véase la tabla de la página 430).

**Modelo Naomi:** Este modelo emplea la estimación de un área pequeña para modelar conjuntamente la prevalencia del VIH y de las personas que viven con el VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH. El modelo combina los datos subnacionales sobre distintos resultados procedentes de varias fuentes en un modelo de estadística bayesiana. Emplea los datos procedentes de las encuestas a la población y los servicios relacionados con la terapia antirretroviral y las pruebas en clínicas prenatales con el fin de proporcionar indicadores robustos de la carga subnacional del VIH. Proporciona, del mismo modo, estimaciones y grados de incertidumbre para un número de indicadores (incluyéndose aquí la prevalencia del VIH, las personas que viven con el VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral, la incidencia del VIH y las nuevas infecciones) por sexos, grupos de edad que aglutinan cinco años y a nivel subnacional.

Este modelo produce estimaciones en tres momentos: el año de la encuesta de población más reciente, el año de la última ronda de estimaciones nacionales sobre el VIH (2019) y, a corto plazo, proyecciones de un año con vistas a contribuir a la planificación de los programas para el VIH. Las estimaciones subnacionales por sexo y grupo de edad se extraen de fuentes de consenso en cada país y se ajustan para encajar con las poblaciones dentro de Spectrum por sexo y grupo de edad.

Las estimaciones transversales para la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la incidencia del VIH se producen en el punto medio de la última encuesta a hogares más representativa nacionalmente.

Para la prevalencia del VIH, el modelo se calibra con los datos de la última encuesta a la población sobre prevalencia del VIH en función del nivel subnacional, el sexo y el grupo de edad de cinco años extraídos

de la encuesta (encuesta sanitaria y demográfica o evaluación del impacto del VIH sobre la población). Puesto que el tamaño de la muestra de la encuesta en cada distrito es relativamente pequeño, los datos transmitidos rutinariamente sobre la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a su primera consulta de cuidados prenatales, recogidos del sistema de información sanitaria nacional, se utilizan para mejorar las estimaciones del patrón espacial del VIH.

La cobertura de la terapia antirretroviral por distrito, edad y sexo se estima a partir de los datos de la encuesta a la población sobre la presencia de biomarcadores antirretrovirales en las personas seropositivas que participaron en la encuesta. La cobertura de la terapia antirretroviral comunicada de manera rutinaria entre las mujeres embarazadas antes de su primera consulta de cuidados prenatales se emplea como una covariable para el patrón espacial de la cobertura de la terapia antirretroviral. La cobertura de la terapia antirretroviral y la prevalencia del VIH también se calibraron, de manera que el número total en la terapia antirretroviral cuadre con el del informe en archivo nacional de Spectrum.

A la hora de estimar la cobertura del tratamiento en los distintos distritos, se plantea el reto de que las personas podrían acceder a su terapia antirretroviral en un distrito diferente a aquel en el que viven (por ejemplo, si las instalaciones están más próximas o si los servicios que se ofrecen son mejores). El modelo permite la probabilidad de que las personas que viven con el VIH y residen en un distrito puedan acceder a su terapia antirretroviral en un distrito vecino. De lo anterior se supone que la gran mayoría de las personas que viven con el VIH accederán a su terapia antirretroviral en su distrito de residencia, pero esta probabilidad puede variar de acuerdo con los datos del distrito sobre el número de personas que están en terapia antirretroviral en comparación con la prevalencia del VIH, la cobertura de la terapia antirretroviral y la población.

Las estimaciones directas de la incidencia del VIH no están disponibles en los niveles subnacionales. Mientras que algunas de las últimas encuestas a hogares han medido la incidencia del VIH a nivel nacional basándose en las medidas de los biomarcadores para infecciones recientes por el VIH, son demasiado pocas las infecciones recientes observadas en los distritos como para hacer una estimación sólida. Por consiguiente, para estimar

la incidencia del VIH a nivel subnacional, se calculan las estimaciones de la tasa de transmisión del VIH procedente de Spectrum y, a partir de ahí, se aplican a las estimaciones de la prevalencia del VIH en áreas pequeñas y de la cobertura de la terapia antirretroviral en cada área subnacional. La distribución por sexo y edad en cada área subnacional se basa en las ratios de la tasa de incidencia del VIH extraídas de Spectrum y aplicadas a la estructura de la población en cada área.

Este modelo se proyecta a partir de la encuesta a hogares más reciente para el periodo actual creando una proyección de un solo paso de la población para el año 2019. Las estimaciones de población están actualizadas de acuerdo con las últimas estimaciones nacionales. El número de personas que viven con el VIH se prevé de acuerdo con las estimaciones de supervivencia por provincia, sexo y grupo de edad extraídas de Spectrum para el mismo periodo (el cual representa la progresión de la enfermedad del VIH y los efectos de la ampliación de la terapia antirretroviral a la hora de reducir la mortalidad relacionada con el sida). La cobertura de la terapia antirretroviral está actualizada de acuerdo con el número de personas en tratamiento en el año 2019 proporcionado por los datos del servicio de tratamiento.

#### Método de la disgregación por distritos:

Se utilizó una herramienta para obtener las estimaciones subnacionales de las personas que viven con el VIH y las nuevas infecciones disgregando las estimaciones nacionales con relación al VIH del archivo nacional de Spectrum. Dicha disgregación se llevó a cabo basándose en la distribución de las personas que viven con el VIH de entre 15 y 49 años y los datos de población total subnacional proporcionados por el equipo encargado de elaborar las estimaciones nacionales para el VIH. Para producir esas estimaciones, la herramienta necesita la contribución de la población de entre 15 y 49 años, y la prevalencia del VIH entre personas de 15 a 49 años por área subnacional. La herramienta primeramente calcula el porcentaje de personas de entre 15 y 49 años que viven con el VIH a nivel nacional y que están en cada distrito. Estos porcentajes posteriormente se utilizan para desagregar otros indicadores calculados en el archivo de Spectrum. Estas mismas distribuciones se aplican a cualquier grupo en función de la edad y el sexo.

La tasa de incidencia entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años se calculó de la siguiente forma:

Nuevas infecciones entre mujeres de 15 a 24 años en 2019/  
(población de mujeres entre los 15 y los 24 años, mujeres seropositivas de entre 15 y 24 años) en 2019 \* 1000.

#### Método empleado para las estimaciones subnacionales del VIH

N.º	PAÍS	MÉTODO SUBNACIONAL
1	Angola	Herramienta de distrito
2	Benin	Herramienta de distrito
3	Botswana	Herramienta de distrito
4	República Centroafricana	Herramienta de distrito
5	Chad	Herramienta de distrito
6	Congo	Herramienta de distrito
7	Guinea Ecuatorial	Herramienta de distrito
8	Eritrea	Herramienta de distrito
9	Gabón	Herramienta de distrito
10	Gambia	Herramienta de distrito
11	Ghana	Herramienta de distrito
12	Guinea	Herramienta de distrito
13	Guinea Bissau	Herramienta de distrito
14	Liberia	Herramienta de distrito
15	Malí	Herramienta de distrito
16	Níger	Herramienta de distrito
17	Sierra Leone	Herramienta de distrito
18	Sudán del Sur	Herramienta de distrito
19	Burkina Faso	Naomi
20	Burundi	Naomi
21	Camerún	Naomi
22	Costa de Marfil	Naomi
23	República Democrática del Congo	Naomi
24	Eswatini	Naomi
25	Etiopía	Naomi
26	Haití	Naomi
27	Kenya	Naomi
28	Lesotho	Naomi
29	Malawi	Naomi
30	Mozambique	Naomi
31	Namibia	Naomi
32	Nigeria	Naomi
33	Rwanda	Naomi
34	Sudáfrica	Naomi
35	Togo	Naomi
36	Uganda	Naomi
37	República Unida de Tanzania	Naomi
38	Zambia	Naomi
39	Zimbabwe	Naomi

## Parte 5. Cuadro de leyes y políticas

Los cuadros de leyes y políticas regionales se elaboraron a partir de los datos proporcionados por los países durante 2017, 2018 y 2019 mediante el Instrumento de compromisos y políticas nacionales, un componente del Monitoreo Global del Sida (3).

ONUSIDA revisa todos los datos proporcionados por los países a través del Instrumento de compromisos y políticas nacionales. Durante este proceso de revisión, ONUSIDA trabaja codo con codo con el centro de coordinación del Monitoreo Global

del Sida para solicitarle aclaraciones o revisar conjuntamente los datos enviados a través de la herramienta.

Los datos proporcionados por medio del Instrumento de compromisos políticos y políticas nacionales se han complementado con los datos disponibles procedentes de otras fuentes, incluyéndose aquí bases de datos mundiales y fuentes primarias.



## Referencias

1. Perspectivas de la población mundial 2019 [Internet]. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>, en inglés).
2. Dugdale C. Maternal engagement in care during pregnancy and breastfeeding in the era of lifelong ART. Presentación en el Grupo de referencia de ONUSIDA sobre las estimaciones del VIH infantil, Montreux, Suiza, octubre de 2019.
3. Monitoreo Global del Sida 2020: indicadores para monitorizar la Declaración política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016 Ginebra: ONUSIDA; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf), acceso el día 23 de junio de 2020).
4. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Delauney CL, Johnson LF et al. National HIV testing and diagnosis coverage in sub-Saharan Africa. *AIDS*; 2019;33:S255-S269.
5. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I et al. Global, regional and country-level 90–90–90 estimates for 2018. *AIDS*;33:S213-S226.
6. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades/Oficina Regional de la OMS para Europa. Vigilancia de los casos de VIH/sida en Europa, datos de 2019-2018. Estocolmo: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades; 2019 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf>; en inglés, acceso el día 7 de junio de 2020).

**Derechos de autor © 2020**

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)

Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

ONUSIDA/JC2991S/El Caribe



**ONUSIDA**  
**Programa Conjunto de las Naciones**  
**Unidas sobre el VIH/Sida**

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666

[unids.org](http://unids.org)