DEPARTAMENTO DE

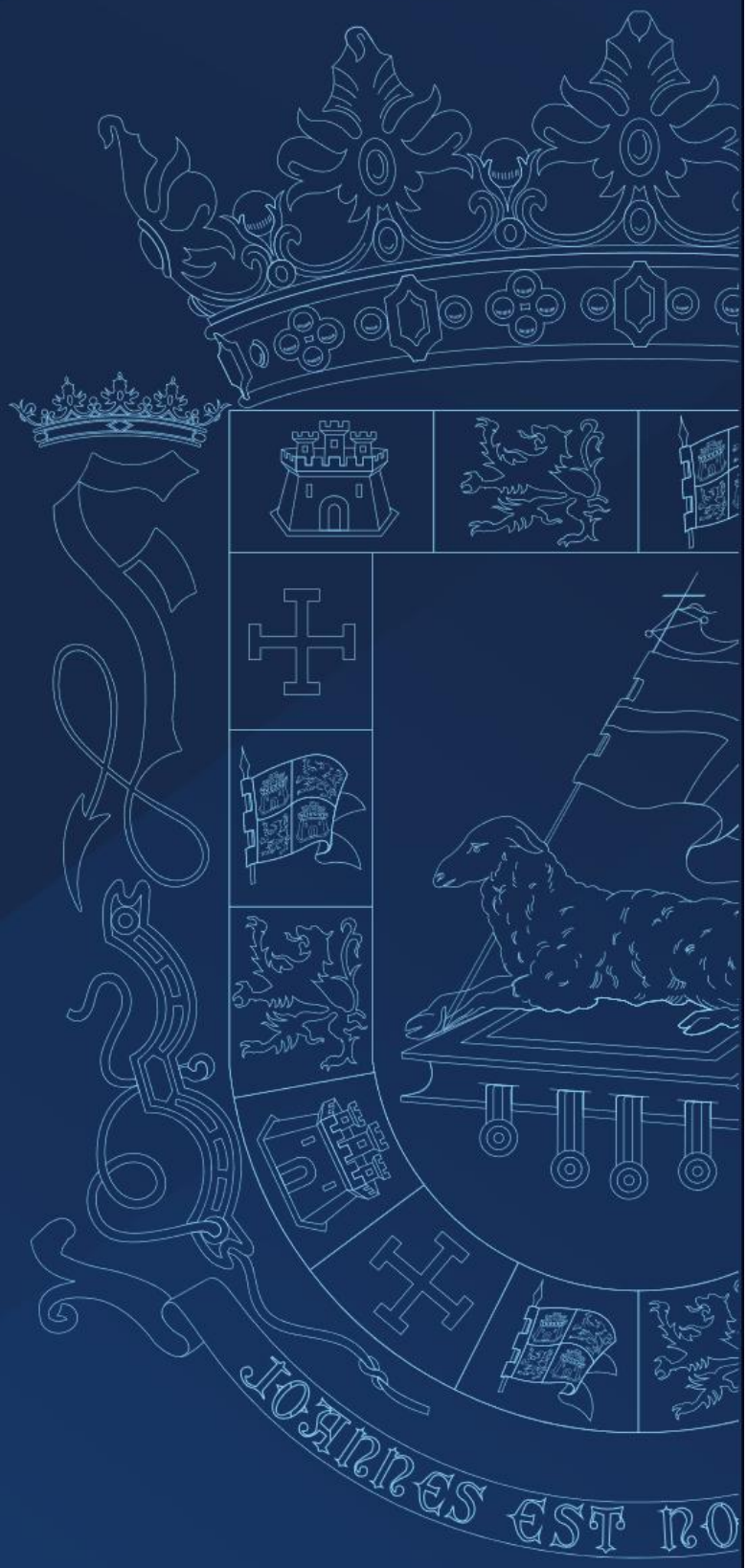
SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

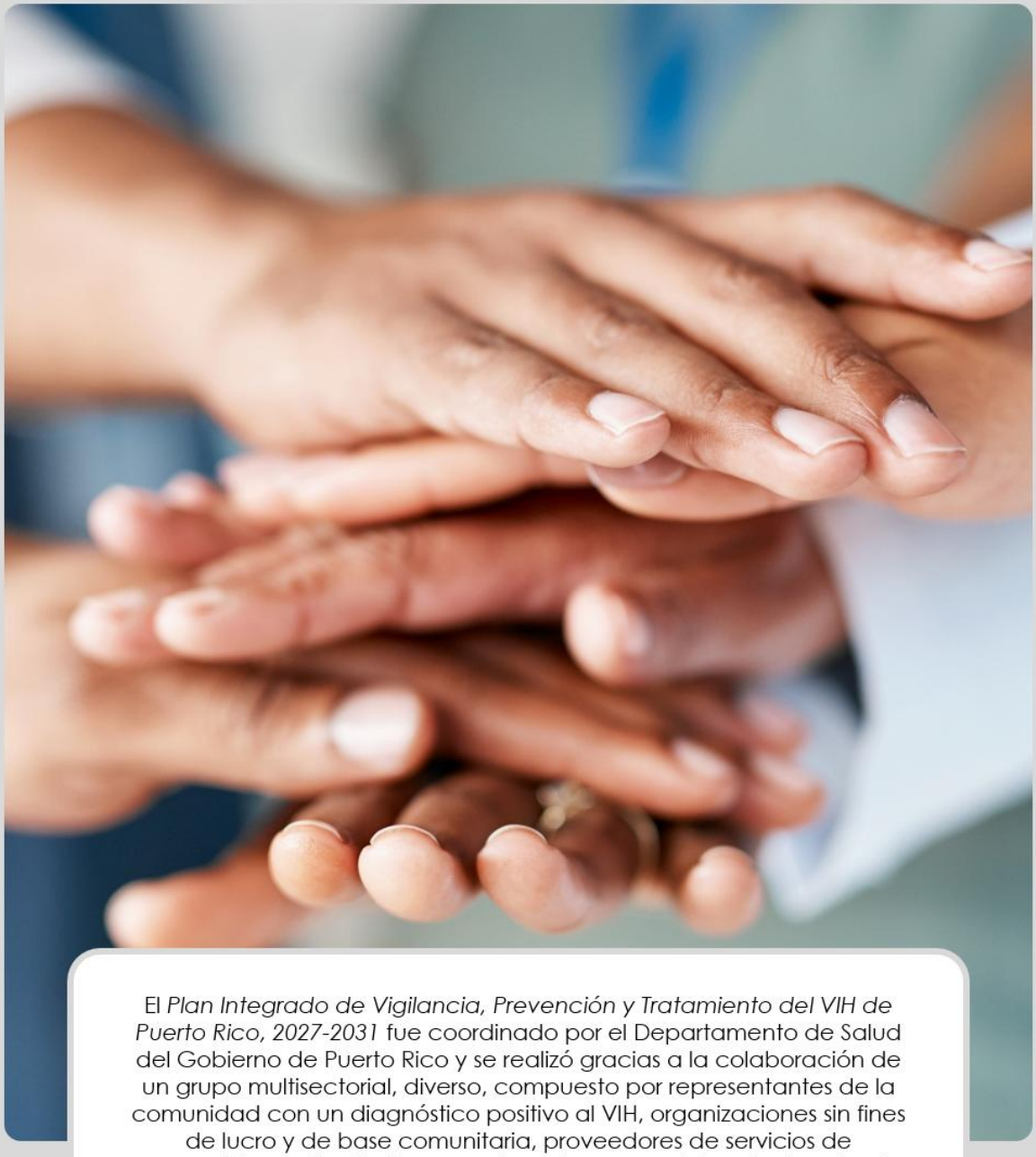
PUERTO RICO 2027 - 2031

PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN PUERTO RICO

junio de 2026



PLAN INTEGRADO DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN PUERTO RICO
2027 - 2031



El *Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico, 2027-2031* fue coordinado por el Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico y se realizó gracias a la colaboración de un grupo multisectorial, diverso, compuesto por representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, organizaciones sin fines de lucro y de base comunitaria, proveedores de servicios de prevención y tratamiento, agencias gubernamentales y la Academia.

CONTENIDO

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL PLAN Y PLANTEAMIENTO DE NECESIDAD 5
1. INTRODUCCIÓN 5
SECCIÓN II: INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN 8
1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA JURISDICCIÓN 8
SECCIÓN III: CONTRIBUCIÓN DE CONJUNTOS DE DATOS Y EVALUACIONES 15
1. INTERCAMBIO Y USO DE DATOS 15
2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO 15
3. INVENTARIO DE RECURSOS PARA LA PREVENCIÓN, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL VIH 44
4. AVALÚO DE NECESIDADES 50
SECCIÓN IV: ANÁLISIS SITUACIONAL 59
1. ANÁLISIS SITUACIONAL 59
SECCIÓN V: METAS Y OBJETIVOS 66
1. DESCRIPCIÓN DE METAS Y OBJETIVOS 66
SECCIÓN VI: IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO JURISDICCIONAL 94
1. ACERCAMIENTO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN 94
SECCIÓN VII: CARTAS DE CONCURRENCIA 97
GLOSARIO 100

LISTA DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1: ÁREA GEOGRÁFICA QUE CUBRE EL PLAN 5
ILUSTRACIÓN 2: TEORÍA DE CAMBIO ESBOZADA EN EL PLAN INTEGRADO 7
ILUSTRACIÓN 3: ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN 9
ILUSTRACIÓN 4: ENTIDADES Y ACTORES CON REPRESENTACIÓN EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN 12
ILUSTRACIÓN 5: PRIORIDADES DEL PLAN 14
ILUSTRACIÓN 6: REGIONES DE SALUD EPIDEMIOLÓGICAS DE PUERTO RICO 16
ILUSTRACIÓN 7: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - POBLACIÓN GENERAL PR, 2020 – 2024 17
ILUSTRACIÓN 8: SAN JUAN – CAGUAS – GUAYNABO AME 33
ILUSTRACIÓN 9: MUNICIPIOS PERTENECIENTES AL AME SAN JUAN. 36
ILUSTRACIÓN 10: ENTIDADES Y CENTROS QUE PROVEEN SERVICIOS VINCULADOS AL VIH EN PUERTO RICO 46
ILUSTRACIÓN 11: ÁREAS DE NECESIDADES PRIORITARIAS IDENTIFICADAS EN LOS AVALÚOS DE NECESIDAD Y LA CONSULTA CON LOS GRUPOS DE INTERÉS COMO PARTE DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN INTEGRADA 54
ILUSTRACIÓN 12: POBLACIONES Y COMUNIDADES DESPROPORCIONALMENTE AFECTADAS POR EL VIH EN PR 66

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: CAMBIO POBLACIONAL EN PUERTO RICO 2020-2024 16
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL POR EDAD Y SEXO, PR, 2024 16
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS POR SEXO, PR 2024 17
TABLA 4: TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH DE ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, PR 2024 18
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR MODO DE TRANSMISIÓN EN ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS, PUERTO RICO, 2024 18
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH POR MODO DE TRANSMISIÓN Y EDAD DE ADULTOS Y ADOLESCENTES ≥13 AÑOS, PUERTO RICO, 2024 19
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS TARDÍOS DE VIH POR CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y MODO DE TRANSMISIÓN ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥13 AÑOS, PR 2024 19
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH EN ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS, POR REGIONES DE SALUD EPIDEMIOLÓGICAS, PR 2024. 20
TABLA 9: TASA DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH DE ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS, POR SEXO, PR 2020 - 2024 20
TABLA 10: NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS NUEVOS DE VIH EN ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS, POR GRUPO DE EDAD, PR 2020 – 2024 21
TABLA 11: TASA DE DIAGNÓSTICOS DE VIH EN ADOLESCENTES Y ADULTOS ≥ 13 AÑOS, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, PR 2020 – 2024 21

Tabla 12: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, por modo de transmisión, PR 2020-2024 22
Tabla 13: Distribución de los diagnósticos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por edad y modo de transmisión y sexo, PR 2020 – 2024 22
Tabla 14: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por categoría de progresión del VIH y modo de transmisión, PR 2020 - 2024 23
Tabla 15: Diagnósticos nuevos de VIH, por región de residencia al momento del diagnóstico, PR 2020 - 2024 23
Tabla 16: Prevalencia de diagnósticos de VIH por características demográficas y modo de transmisión PR, 2024 24
Tabla 17: Proporción de personas enlazadas a cuidado médico durante los primeros 30 días, luego del diagnóstico positivo al VIH, PR 2020 – 2024 24
Tabla 18: Enlace a cuidado médico de personas diagnosticadas con el VIH, durante los primeros 30 días luego del diagnóstico, por características demográficas selectas y modo de transmisión, PR, 2024 25
Tabla 19: Necesidades de Cuidado Médico no Cubiertas de Personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, 2025 28
Tabla 20: Análisis poblacional – Puerto Rico, 2025 29
Tabla 21: Estimados de incidencia de VIH de adolescentes y adultos ≥13 Años, PR 2019 – 2023 31
Tabla 22: Estimados de Incidencia de VIH de Adolescentes y Adultos ≥13 Años, por sexo, edad y modo de transmisión, PR, 2019 – 2023 31
Tabla 23: Estimados de prevalencia de VIH y porciento de personas que conocen su estado serológico, PR 2019 – 2023 31
Tabla 24: Estimados de prevalencia de VIH y porciento de personas que conocen su estado serológico, por sexo, edad y modo de transmisión, PR 2023 32
Tabla 25: Características sociodemográficas entre la población de HSH, para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2023 33
Tabla 26: Uso del medicamento profilaxis preexposición (PREP) en HSH para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2023 34
Tabla 27: Características sociodemográficos en PID para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2024 35
Tabla 28: Tipo de droga inyectable utilizada en PID durante los pasados 12 meses, para el séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2024 36
Tabla 29: Resumen de casos de VIH reportados, AME San Juan, 1981 – 2024 37
Tabla 30: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, por grupo de edad y sexo al nacer, AME San Juan, 2024 39
Tabla 31: Diagnósticos nuevos de VIH, por modo de transmisión y sexo al nacer, AME San Juan, 2024 39
Tabla 32: Diagnósticos nuevos de VIH, por modo de transmisión y edad al momento del diagnóstico, AME San Juan, 2024 40
Tabla 33: Municipios con el mayor número de diagnósticos de VIH, AME San Juan 2024 40
Tabla 34: Diagnósticos tardíos de VIH de adultos y adolescentes ≥13 años, por características demográficas y modo de transmisión, AME San Juan, 2024 41
Tabla 35: Diagnósticos VIH por modo de transmisión y sexo al nacer, AME San Juan, 2020 – 2024 41
Tabla 36: Diagnósticos VIH por grupo de edad al momento del diagnóstico de VIH, AME San Juan, 2020 – 2024 41
Tabla 37: Proporción de personas enlazadas a cuidado médico durante los primeros 30 días luego del diagnóstico de VIH, AME San Juan, 2020 - 2024 42
Tabla 38: Distribución de personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en el AME San Juan al final del año 2024, por sexo al nacer, edad y modo de transmisión 42
Tabla 39: Personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en el AME de San Juan, 2024 43
Tabla 40: Continuo de la atención del VIH, AME San Juan, 2024 44
Tabla 41: Clientes de los Programas Ryan White (no ADAP) en AME San Juan 44
Tabla 42: Retención en cuidado en el AME San Juan 44
Tabla 43: Supresión viral en el AME San Juan 44

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Representación por sectores de las personas que participaron del proceso de planificación integrada 11
Gráfica 2: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por categoría de progresión del VIH y modo de transmisión, PR 2020 - 2024 23
Gráfica 3: Continuo de la Atención del VIH en PR, 2024 26
Gráfica 4: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico 26
Gráfica 5: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico – Retenidos en Cuidado por Año 27
Gráfica 6: Porcentaje de Personas con un diagnóstico positivo al VIH Viralmente Suprimidas: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico 27
Gráfica 7: Resumen de casos de VIH reportados en AME San Juan, 1981 - 2024 38
Gráfica 8: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, AME San Juan, 2024 39
Gráfica 9: Distribución de centros o facilidades de servicio por región del DSPR 46
Gráfica 10: Personas que se han hecho alguna vez la prueba de VIH 51
Gráfica 11: Nivel de importancia de los distintos servicios vinculados al diagnóstico y prevención del VIH 52
Gráfica 12: Nivel de importancia de los servicios clínicos vinculados al tratamiento del VIH. 53
Gráfica 13: Nivel de importancia de los servicios de apoyo vinculados al tratamiento del VIH 54

LISTA DE ABREVIATURAS

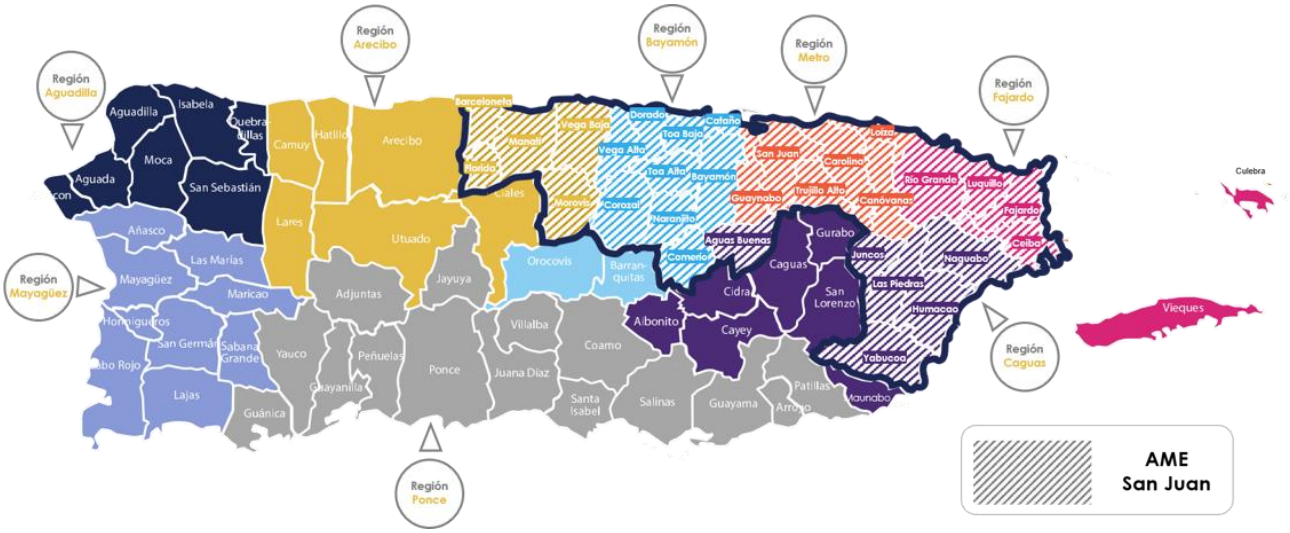
ADAP	AIDS Drug Assistance Program
ADAP ERF	ADAP Emergency Relief Fund
AME	Área Metropolitana Elegible (Eligible Metropolitan Area)
ASES	Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico
ASSMCA	Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CH	Conducta heterosexual
COC	Continuum of Care (Sistema de Cuidado Continuo para personas sin hogar)
CPTETs	Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles
DCPR	Departamento de Corrección de Puerto Rico
DFPR	Departamento de la Familia de Puerto Rico
DSPR	Departamento de Salud de Puerto Rico
DTRHPR	Departamento del Trabajo y Recursos Humanos de Puerto Rico
EHE	Ending the HIV Epidemic in the U.S.
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FQHC	Federally Qualified Health Center
GPPV	Grupo de Planificación para la Prevención del VIH
GPRWB	Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP
Hep C	Hepatitis C
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996
HOPWA	Housing Opportunities for Persons with AIDS
HRSA	Health Resources and Services Administration
HSH / MSM	Hombres que tienen Sexo con Hombres / Men who have Sex with Men
HUD	U.S. Department of Housing and Urban Development
HV	Hepatitis Virales
I=I	Indetectable = Intransmisible
IPA	Independent Practice Association
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NECA	Northeast Caribbean AIDS Education and Training Center
NHAS	National HIV/AIDS Strategy
nPEP	Profilaxis post-exposición no ocupacional
OBC	Organización de Base Comunitaria
PEP	Profilaxis post-exposición (Post-Exposure Prophylaxis)
PID	Personas que se Inyectan Drogas
PIR	Protocolo de Iniciación Rápida (Rapid Start)
PrEP	Profilaxis pre-exposición (Pre-Exposure Prophylaxis)
PSH	Personas sin hogar
PUD	Personas Usuarias de Drogas
RWHAP	Ryan White HIV/AIDS Program
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPCEIT	Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
TAR	Terapia Antirretroviral
Tb	Tuberculosis pulmonar
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

SECCIÓN I: INTRODUCCIÓN AL PLAN Y PLANTEAMIENTO DE NECESIDAD

1. INTRODUCCIÓN

Este documento presenta el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico para el período 2027-2031 (en adelante, Plan Integrado), desarrollado en cumplimiento con los requisitos establecidos por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) para la jurisdicción de Puerto Rico y el Área Metropolitana Elegible de San Juan (AME San Juan). El Plan Integrado incorpora la Declaración Estatal Coordinada de Necesidades (*Statewide Coordinated Statement of Need*, SCSN), la cual constituye un componente fundamental del proceso de planificación al identificar las necesidades prioritarias de prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico y orientar la coordinación de recursos y servicios para atenderlas.

Ilustración 1: Área Geográfica que cubre el Plan



Puerto Rico continúa siendo una de las jurisdicciones de los Estados Unidos con la incidencia y prevalencia más altas de VIH. Al 31 de octubre de 2025, se habían diagnosticado 52,869 personas con el VIH en Puerto Rico. Asimismo, para el año 2023, Puerto Rico ocupaba la decimoctava posición entre los estados y territorios de los Estados Unidos en cuanto a diagnósticos de VIH y la octava posición en prevalencia de personas con diagnóstico positivo al VIH. En ese contexto, durante las últimas décadas, el Gobierno de Puerto Rico, en colaboración con organizaciones comunitarias, proveedores de servicios, entidades académicas, agencias gubernamentales y personas con diagnóstico positivo al VIH, ha desarrollado múltiples iniciativas orientadas a fortalecer el sistema de vigilancia, prevención y tratamiento del VIH. Estos esfuerzos han contribuido a mejorar el acceso a servicios esenciales, promover el diagnóstico temprano, reducir nuevas infecciones y aumentar la retención en cuidado y la supresión viral entre las personas diagnosticadas con el virus.

El presente Plan Integrado fue desarrollado mediante un proceso participativo de planificación que involucró 165 actores clave de la respuesta al VIH en Puerto Rico. Su

elaboración se fundamentó en el análisis de la situación epidemiológica de la jurisdicción, la revisión de literatura científica y programática relevante, y los hallazgos de los avalúos de necesidades realizadas por el Programa Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible de San Juan, el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Programa de Prevención de ETS/VIH/HV del Departamento de Salud de Puerto Rico. Además, incorpora los insumos obtenidos mediante consultas comunitarias, grupos de interés, proveedores de servicios, personas con diagnóstico positivo al VIH y representantes de poblaciones desproporcionadamente afectadas por la epidemia.

El desarrollo del Plan también se nutrió de los hallazgos, logros, desafíos y lecciones aprendidas durante la implementación del Plan Integrado 2022-2026. El análisis de los avances alcanzados y de las brechas persistentes permitió identificar áreas prioritarias para fortalecer la respuesta al VIH y orientar la formulación de nuevas metas, objetivos y estrategias para el período 2027-2031.

A partir de las necesidades identificadas y del contexto actual de Puerto Rico, se establecieron cuatro áreas estratégicas relacionadas con el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la respuesta al VIH. Estas áreas están alineadas con los objetivos nacionales relacionados con el VIH y con las estrategias promovidas por la iniciativa Ending the HIV Epidemic (EHE). Para alcanzar las metas, el Plan incorpora objetivos, estrategias y acciones específicas fundamentadas en el modelo del continuo de atención del VIH y en un enfoque integral centrado en la persona , reconociendo la importancia de atender integralmente los factores clínicos, sociales, estructurales y conductuales que influyen en la salud y el bienestar de las personas.

Ilustración 2: Teoría de cambio esbozada en el Plan Integrado

a. Acercamiento

Para cumplir con el requisito de presentación de un Plan Integrado, la jurisdicción desarrolló un nuevo instrumento de planificación estratégica mediante un enfoque participativo, colaborativo y fundamentado en evidencia. El proceso de planificación promovió la participación activa de personas con diagnóstico positivo al VIH, representantes de poblaciones desproporcionadamente afectadas por la epidemia, agencias gubernamentales estatales y federales, organizaciones comunitarias y sin fines de lucro, proveedores de servicios, instituciones académicas y otros colaboradores clave de la respuesta al VIH en Puerto Rico. Las tareas llevadas a cabo para la elaboración del Plan se organizaron en tres fases principales, las cuales se describen más en detalle en una próxima sección (Sección II).

b. Documentos sometidos para cumplir con los requisitos de planificación integrada

En cumplimiento con la Guía para el Desarrollo del Plan Integrado de Prevención y Atención del VIH 2027-2031 emitida por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), Puerto Rico presenta este nuevo Plan Integrado, el cual incorpora la Declaración Estatal Coordinada de Necesidades (Statewide Coordinated Statement of Need, SCSN).

El Plan se desarrolló como un documento integral para la jurisdicción y el AME de San Juan, el cual reúne los principales hallazgos, análisis y estrategias derivados del proceso

de planificación descrito anteriormente. Para atender los requisitos establecidos en la guía federal, el documento incluye las siguientes secciones:

- Descripción del proceso de planificación y participación comunitaria (Sección II);
- Conjuntos de datos, fuentes de información y evaluaciones que contribuyeron al desarrollo del Plan (Sección III);
- Análisis situacional de la epidemia y de los sistemas de prevención y tratamiento del VIH (Sección IV);
- Metas, objetivos y estrategias para el período 2027-2031 (Sección V);
- Marco para la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento del Plan (Sección VI); y
- Cartas de concurrencia de los cuerpos de planificación correspondientes (Sección VII).

SECCIÓN II: INTEGRACIÓN DE LA COMUNIDAD Y PROCESO DE PLANIFICACIÓN

1. PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE LA JURISDICCIÓN

Pasos del proceso de planificación - Para desarrollar el Plan Integrado, la jurisdicción adoptó un enfoque de planificación participativa y colaborativa mediante el cual personas con diagnóstico positivo al VIH, representantes de poblaciones desproporcionadamente afectadas por la epidemia, agencias gubernamentales estatales y federales, organizaciones comunitarias y sin fines de lucro, proveedores de servicios, instituciones académicas y otros actores clave participaron activamente en la identificación y priorización de necesidades, la definición de metas y objetivos y el diseño de las estrategias incluidas en el Plan.

Este enfoque tuvo como propósito promover la integración de diversos sectores en el proceso de toma de decisiones, fortalecer las colaboraciones existentes y fomentar nuevas alianzas que contribuyan a la implementación efectiva del Plan Integrado. Para facilitar el desarrollo del Plan, las actividades se organizaron en tres fases principales: una fase de organización y preparación, una fase de diagnóstico y análisis situacional y una fase de formulación del Plan.

Ilustración 3: Organización del proceso de planificación

Durante la primera fase, el Departamento de Salud y el Programa Ryan White Parte A, del AME de San Juan establecieron un Comité de Planificación compuesto por personal de las divisiones vinculadas al VIH dentro de la agencia y representantes del equipo consultor. El Comité tuvo a su cargo el desarrollo y seguimiento del plan de trabajo para la elaboración del Plan Integrado, el diseño de la metodología de participación y consulta, la identificación de las fuentes de información necesarias para el análisis y la selección de los actores de interés convocados a participar del proceso.

Durante la segunda y tercera fase se llevaron a cabo tres rondas de talleres participativos. La primera ronda tuvo como propósito validar las necesidades identificadas mediante el análisis de información secundaria, establecer las áreas prioritarias del Plan Integrado e identificar barreras y brechas existentes en el sistema de servicios. La segunda ronda estuvo dirigida al desarrollo de metas, objetivos y estrategias a partir de las prioridades identificadas previamente. Finalmente, la tercera ronda consistió en una sesión plenaria para la validación del borrador del Plan Integrado y la recopilación de recomendaciones finales. Una vez incorporadas las recomendaciones surgidas de este proceso, el borrador revisado del Plan Integrado fue publicado en la página electrónica del Departamento de Salud para recibir comentarios adicionales de la comunidad y otros actores interesados antes de la preparación de la versión final.

Grupos involucrados - El proceso contó con una participación amplia y diversa de actores vinculados a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico. Como parte de la fase de organización, se desarrolló una matriz de actores de interés con el propósito de asegurar la representación de los sectores recomendados en las guías de planificación integrada publicadas por CDC y HRSA, así como de otros colaboradores relevantes para la respuesta al VIH en la jurisdicción. A través de las distintas sesiones de trabajo, talleres y rondas de consulta participaron 165 personas en representación de diversos sectores, incluyendo personas con diagnóstico positivo al VIH, agencias gubernamentales estatales y federales, organizaciones comunitarias y sin fines de lucro, proveedores de servicios de salud y apoyo, centros de salud comunitarios, instituciones académicas y de investigación, entidades relacionadas con la respuesta a conglomerados o brotes de VIH y otros actores vinculados a los sistemas de vigilancia, prevención y tratamiento.

Uso de fuentes de información - Como parte del proceso de planificación se identificaron y analizaron diversas fuentes de información cuantitativa y cualitativa para fundamentar la toma de decisiones. Entre estas se incluyeron el perfil epidemiológico de Puerto Rico, los sistemas de vigilancia del VIH, las evaluaciones de necesidades realizadas por el Programa Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible de San Juan, el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Programa de Prevención de

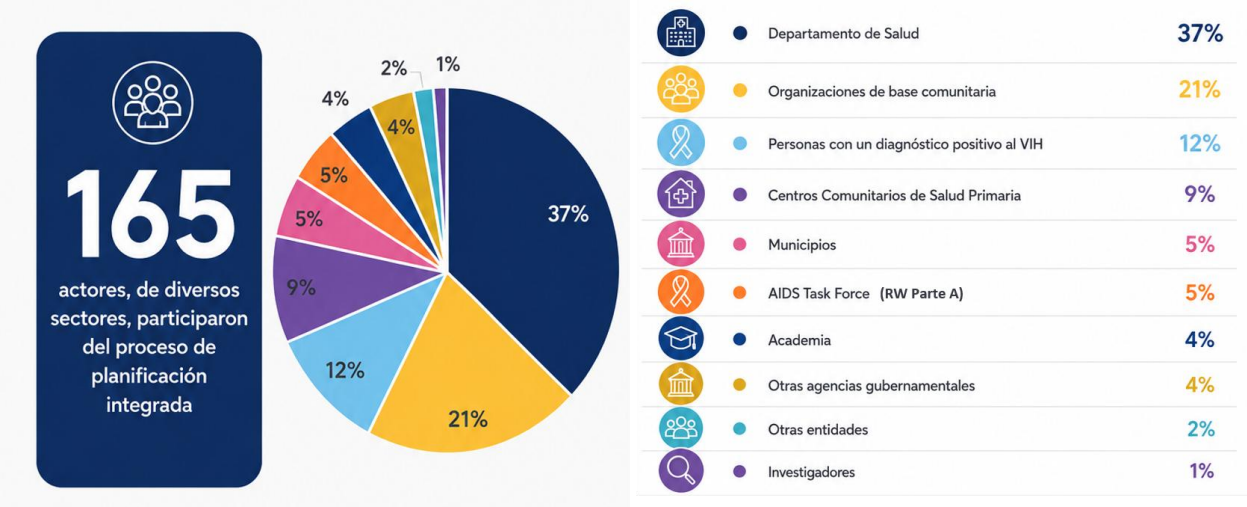
VIH/ITS/Hepatitis Virales del Departamento de Salud. Asimismo, se consideraron datos programáticos, resultados de investigaciones recientes, literatura científica y técnica relevante y otra información relacionada con las necesidades de prevención, atención y tratamiento del VIH en Puerto Rico. Los hallazgos derivados de estas fuentes sirvieron de base para la validación de necesidades, la identificación de prioridades, el análisis de barreras y brechas en el sistema de servicios y el desarrollo de las metas, objetivos y estrategias incluidas en el Plan Integrado.

Representantes de personas y comunidades desproporcionalmente impactadas por el VIH - El proceso de planificación incorporó la participación activa de personas con diagnóstico positivo al VIH y de representantes de comunidades desproporcionadamente afectadas por la epidemia. Su participación principal se produjo mediante los talleres de consulta y otros mecanismos de comunicación y retroalimentación desarrollados a lo largo del proceso, incluyendo una página Web sobre el proceso de planificación en la cual se publicó el plan para comentarios.

a. Entidades involucradas en el proceso

Según mencionado, el proceso para desarrollar el *Plan Integrado* contó con una participación amplia y diversa de los grupos de interés relacionados con la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico. Como parte de la etapa de organización del Plan, se desarrolló una matriz de actores de interés para asegurar contar con representantes de todos los sectores recomendados en las guías para la planificación integrada publicadas por los CDC y HRSA. A través de las sesiones de talleres y rondas de consulta, se contó con la participación de 165 personas, representantes de la comunidad con un diagnóstico positivo al VIH, Departamento de Salud, organizaciones comunitarias y otros proveedores de servicios, los cuerpos asesores de Ryan White Parte B/ADAP, Ryan White Parte A, Prevención VIH y Comité Interpartes de Ryan White Puerto Rico, centros de salud comunitarios, actores que pueden asistir en la respuesta a conglomerados o brotes, otras agencias del gobierno federal, estatal y local, investigadores y académicos, entre otros actores.

Gráfica 1: Representación por sectores de las personas que participaron del proceso de planificación integrada



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

Ilustración 4: Entidades y actores con representación en el proceso de planificación

Comunidad con un diagnóstico positivo al VIH

Cuerpos Asesores de Planificación

- Concejo de Planificación del AME San Juan
- Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP
- Grupo de Planificación para la Prevención del VIH
- Comité Interpartes Ryan White en Puerto Rico

Comité de Planificación del Departamento de Salud

- Secretaría Auxiliar de Servicios de Salud Integral (SASSI)
- Programa Ryan White Parte B/ADAP
- Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales
- Sistema de Vigilancia VIH

Entidades en orden alfabético

- AIDS Task Force Ryan White Parte A/MAI
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES)
- AIDS Healthcare Foundation
- AME Parte A
- APSAPS
- ASPIRA
- ATF - TIES
- Bill's Kitchen
- Consejo Asesor Juvenil, Departamento de Salud
- Casa Joven del Caribe, Inc.
- CAVV
- Centro de Estudios Materno-Infantiles, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico
- Centro ARARAT
- Centro Comprensivo de Cáncer
- Centro de Epidemiología de Bayamón
- Centro de Salud de Lares, Inc.
- Centro Más Salud Municipio de San Juan
- CLETS
- CoC 503 - Coordinadora Moriviví
- Comisión de Derechos Civiles
- Concilio de Salud Integral de Loíza
- Consorcio Región Sur de Puerto Rico
- Libre de VIH Ending HIV Epidemic Initiatives Departamento de Salud San Juan Ciudad Capital
- Control V - Departamento de Salud, San Juan Ciudad Capital
- Coordinadora Moriviví
- COSSMA
- CPTET Arecibo
- CPTET Bayamón
- CPTET Caguas
- CPTET Carolina
- CPTET Fajardo
- CPTET Mayagüez
- CPTET Ponce
- Departamento de Corrección y Rehabilitación
- Departamento de la Familia
- Departamento de la Familia - CoC 502
- Esperanza para la Vejez
- Fideicomiso de Ciencia, Tecnología e Investigación
- Guara Bi, Inc.
- Healthcare Integrated Program Services, Inc.
- HealthproMed
- Hogar CREA
- Hogar Fortaleza del Caído
- HOPWA
- Hospital General Castañer
- IPVI PR
- Med Centro, Inc.
- Medicaid
- MEDX
- Movimiento en Respuesta al VIH, Inc.
- Municipio de San Juan
- Municipio de San Juan- Proyecto TIES-EHE
- Neomed Gurabo
- Oficina Legal de la Comunidad
- PACTA, Inc.
- Physician Correctional
- PR CONCRA
- Prepven
- Programa Ryan White Parte B/ADAP
- Programa SIDA - Centro Dr. Manuel Díaz García - San Juan, Ciudad Capital
- Proyecto GAMMA, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico
- Escuela de Profesiones de la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico
- Ryan White Parte F- NECA/AETC (Universidad de Puerto Rico-Recinto de Ciencias Médicas)
- Salud Escolar, Departamento de Educación
- Vigilancia – Hepatitis , Departamento de Salud
- Waves Ahead

b. Papel del Concejo de Ryan White Parte A

El AME de San Juan, recipiente de fondos Parte A del Programa Ryan White, representa el área geográfica de mayor incidencia y prevalencia del VIH en Puerto Rico. Los copresidentes del Concejo, así como otros miembros concejales y representantes del ente administrativo participaron de las tres rondas de talleres llevadas a cabo. Igualmente contribuyeron con la aportación de información, para el desarrollo del plan, particularmente el Avalúo de Necesidades del AME de San Juan, que constituye una de las bases del SCSN.

c. Papel de los cuerpos de planificación y otras entidades

En el caso de Puerto Rico existen dos cuerpos de planificación para prevención y tratamiento: Grupo de Planificación del Programa RWPB/ADAP y el Grupo de Planificación para la Prevención del VIH en Puerto Rico con representacion de ambos programas en ambos cuerpos asesores. Además, representantes de las partes del RWHAP constituyen el cuerpo asesor denominado Comité Interpartes Ryan White en Puerto Rico. A través de los talleres diseñados como parte del proceso de planificación participativa, los representantes de los cuerpos de planificación, incluyendo sus copresidentes, así como otras entidades de servicio, tuvieron la oportunidad de proveer su insumo sobre las necesidades de prevención y cuidado, recursos existentes para atenderlas, barreras y brechas en el sistema de provisión de servicios. A base de los resultados de esas conversaciones, se establecieron las metas y objetivos, y desarrollaron las estrategias para atenderlos. Previo a iniciar el proceso de planificación, cada cuerpo tuvo la oportunidad de conversar a profundidad sobre el plan y sus requisitos durante sus reuniones ordinarias. Además, tras el desarrollo del borrador del plan separaron espacio en sus agendas para la discusión del documento y presentar su carta de concurrencia.

d. Colaboración con las partes del Programa RWHAP– requisito del SCSN

La elaboración del Plan Integrado y del SCSN se fundamentó en un proceso coordinado de análisis, consulta y planificación que incorporó la participación de representantes de las distintas partes del Programa Ryan White (RWHAP) en Puerto Rico. Como base para este proceso se utilizaron los resultados de las evaluaciones de necesidades realizadas por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, el Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan bajo Ryan White Parte A y el Programa de Prevención de ETS/VIH/Hepatitis Virales del Departamento de Salud, complementados con información del perfil epidemiológico, los sistemas de vigilancia y otras fuentes relevantes. Los hallazgos fueron analizados y discutidos durante las actividades de planificación integrada con la participación de representantes de los programas Ryan White Partes A, B, C y D, así como recipientes y colaboradores vinculados a la Parte F. Este proceso permitió identificar y priorizar necesidades, brechas en los servicios y oportunidades para fortalecer la integración y coordinación entre los distintos componentes del sistema de respuesta al VIH. Asimismo, promovió la alineación de metas, estrategias y prioridades entre los programas Ryan White, los esfuerzos de prevención del Departamento de Salud y las iniciativas desarrolladas bajo el marco de *Ending the HIV Epidemic* (EHE) *Initiative*.

e. Integración con personas con un diagnóstico positivo al VIH – requisito de planteamiento de necesidades coordinada a nivel estatal

Como se describió anteriormente, el proceso de planificación se fundamentó en un enfoque participativo y de apoderamiento que promovió la participación de personas con diagnóstico positivo al VIH, incluyendo personas con coinfección de hepatitis viral, durante todas las etapas del proceso de planificación. Para esto, se utilizaron diversos mecanismos de consulta e interacción, incluyendo talleres de trabajo, reuniones, distribución de materiales para revisión mediante plataformas electrónicas y seguimiento telefónico. Estos mecanismos permitieron que las personas con diagnóstico positivo al VIH participaran activamente en la evaluación de necesidades, la identificación y priorización de áreas de atención, la discusión de barreras y brechas en el sistema de servicios, así como en la formulación de metas, objetivos, estrategias y actividades incluidas en el Plan Integrado. En total, el 12% de las personas participantes en el proceso de planificación fueron personas con diagnóstico positivo al VIH. La participación de las personas con diagnostico positivo al VIH continuará durante la implementación del Plan Integrado. Para ello, se promoverá su representación en los grupos de trabajo y espacios de coordinación que se establezcan para dar seguimiento a las metas y estrategias del Plan. Asimismo, se fomentará su participación en los procesos de monitoreo, evaluación y mejoramiento continuo mediante la revisión periódica de avances, la discusión de resultados con los cuerpos de planificación y la participación en actividades de consulta comunitaria y rendición de cuentas.

f. Prioridades

Como resultado de los avalúos de necesidades, el análisis epidemiológico y las actividades de participación comunitaria, se identificaron las siguientes prioridades para fortalecer la respuesta al VIH en Puerto Rico durante el período 2027-2031, las cuales se discuten en mayor detalle en la sección de necesidades.

Ilustración 5: Prioridades del Plan

g. Actualizaciones de otros planes estratégicos utilizados para cumplir con los requisitos del Plan Integrado

Puerto Rico no utilizó secciones de otros planes estratégicos locales para cumplir con los requisitos de esta sección del Plan Integrado. El Plan Integrado de Vigilancia, Prevención

y Tratamiento del VIH 2027-2031 fue desarrollado como un nuevo instrumento de planificación estratégica mediante un proceso participativo. No obstante, durante el proceso de planificación se examinaron los logros, desafíos, lecciones aprendidas y prioridades identificadas en iniciativas y procesos de planificación previos, incluyendo aquellos desarrollados en el marco de la iniciativa *Ending the HIV Epidemic* (EHE).

SECCIÓN III: CONTRIBUCIÓN DE CONJUNTOS DE DATOS Y EVALUACIONES

1. INTERCAMBIO Y USO DE DATOS

Para el desarrollo del Plan Integrado se utilizaron diversas fuentes de información cuantitativa y cualitativa para describir la situación del VIH en Puerto Rico, identificar necesidades de prevención y tratamiento, analizar barreras de acceso a servicios y orientar la formulación de prioridades, metas y estrategias. Entre las principales fuentes se incluyeron el perfil epidemiológico preparado por el Sistema de Vigilancia de VIH del Departamento de Salud, el Avalúo de Necesidades de las Personas con diagnóstico positivo al VIH del PRWB/ADAP (2026), el Avalúo de Necesidades del PRWPA del AMESJ (2026), el Avalúo de Necesidades de Prevención del VIH en Puerto Rico (2023-2024), así como otros estudios, informes y literatura científica relevante. Esta información fue complementada con los insumos obtenidos mediante talleres, consultas y ejercicios participativos realizados como parte del proceso de planificación.

Los datos recopilados permitieron caracterizar la epidemia, identificar poblaciones desproporcionalmente afectadas, evaluar necesidades y barreras de acceso a servicios, analizar brechas en los continuos de prevención y atención, y establecer las prioridades que orientan este Plan Integrado. Para la elaboración del perfil epidemiológico se utilizaron datos del Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA de Puerto Rico, el *National HIV Behavioral Surveillance* (*NHBS*) y el Negociado del Censo de los Estados Unidos.

El uso y manejo de los datos se realiza conforme al marco legal y reglamentario aplicable. En virtud de la Ley Orgánica del Departamento de Salud de Puerto Rico, Ley Núm. 81-1912, según enmendada; la Ley Núm. 86-2026, conocida como Ley para Promover y Establecer el Intercambio de Información de Salud de Puerto Rico; Ley Núm. 81-1983, según enmendada, conocida como Ley para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual y la reglamentación y órdenes administrativas aplicables, incluyendo la Orden Administrativa Núm. 597, según enmendada, del Departamento de Salud, todo profesional de la salud en Puerto Rico tiene la obligación de reportar al Departamento de Salud los resultados de laboratorio relacionados con el VIH al Programa de Vigilancia. Asimismo, el Programa de Vigilancia mantiene acuerdos colaborativos para el intercambio y utilización de datos con entidades clave del sistema de prevención y atención del VIH. Entre estos se encuentra el acuerdo establecido con el Programa Ryan White Parte B/ADAP, AIDS Task Force del Municipio de San Juan, recipiente de fondos Ryan White Parte A, en el marco del proyecto *Data to Care* auspiciado por los CDC.

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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

Características demográficas de la población puertorriqueña en el año 2024

Puerto Rico comprende 78 municipios divididos en 8 Regiones de Salud (Ilustración6). El 22.9% de la población general de la isla reside en la Región Metropolitana, que incluye el municipio de San Juan, una de las áreas seleccionadas para la primera fase de EHE.

La población residente en Puerto Rico se estimó en 3,203,295 en el año 2024, representando una disminución porcentual de un 2.5%, tomando como año base los datos del censo 2020 (Tabla 1). La mayoría de los municipios experimentó una disminución en la población durante este mismo periodo, incluyendo los municipios de la Región Metropolitana.

La mediana de edad de los residentes de Puerto Rico en el año 2024 fue 45.6 años. Las mujeres representaron el 52.8% del total de la población (Tabla 2). La mediana de edad de las mujeres fue mayor que la mediana de edad de los hombres, 47.5 y 43.4 años, respectivamente. Aproximadamente un treinta por ciento de la población total de la isla tenía entre 13 y 34 años en el año 2024. Un porcentaje mayor de mujeres tenía 65 años o más comparado con los hombres, 26.6% y 22.4%, respectivamente. Por el contrario, se observó una mayor proporción de adolescentes y hombres jóvenes entre 13 y 24 años, comparado con las mujeres de la misma edad, 29.9% y 26.3%, respectivamente.

Ilustración 6: Regiones de salud epidemiológicas de Puerto Rico

Tabla 1: Cambio poblacional en Puerto Rico 2020-2024

	Estimados poblacionales				
	2020	2021	2022	2023	2024
Puerto Rico	3,285,874	3,262,711	3,220,137	3,203,792	3,203,295

Fuente: Negociado del Censo Federal, varios años.

Tabla 2: Distribución poblacional por edad y sexo, PR, 2024

Grupo de edad	General		Hombres		Mujeres	
	Número	Porciento	Número	Porciento	Número	Porciento
0-12	304,684	9.5	156,034	10.3	148,650	8.8
13-24	456,890	14.3	231,973	15.3	224,917	13.3
25-34	440,512	13.8	220,159	14.6	220,353	13.0

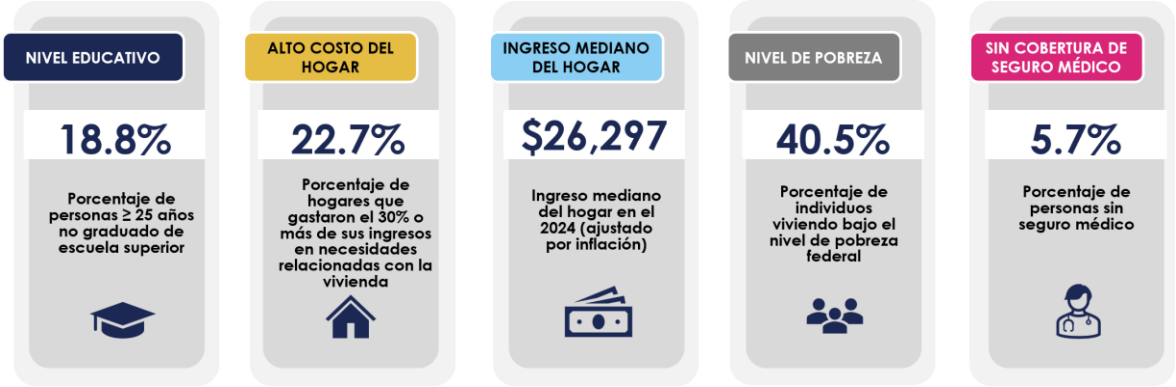
Grupo de edad	General		Hombres		Mujeres	
	Número	Porciento	Número	Porciento	Número	Porciento
35-44	376,963	11.8	178,695	11.8	198,268	11.7
45-54	405,147	12.6	190,339	12.6	214,808	12.7
55-64	430,312	13.4	196,543	13.0	233,769	13.8
≥65	788,787	24.6	338,416	22.4	450,371	26.6
Total	**3,203,295**	**100.0**	**1,512,159**	**100.0**	**1,691,136**	**100.0**
Mediana de edad	***45.6***		***43.4***		***47.5***	

Fuente: Negociado del Censo Federal, Estimación de Población de Puerto Rico al 1 de julio de 2024.

Determinantes sociales de la salud – Población General

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar de las poblaciones. Los datos de la Encuesta de la Comunidad del Negociado del Censo indican que la situación socioeconómica de los residentes de Puerto Rico se caracteriza por ser una alta proporción de personas ≥25 años no graduadas de escuela superior (18%), personas viviendo bajo el nivel de pobreza federal (40.5%) y hogares que gasta el 30% o más de los ingresos en costos asociados a la vivienda. Por otro lado, el ingreso mediano del hogar ajustado por inflación fue $26,297 en el año 2024, 3.2 veces menor que el ingreso mediano del hogar a nivel nacional (Ilustración 7).

Ilustración 7: Determinantes sociales de la salud - población general PR, 2020 – 2024



Fuente: Negociado del Censo de los EE. UU., Encuesta sobre la Comunidad de Puerto Rico, 2020 – 2024.

Descripción de los diagnósticos nuevos de VIH en el 2024

Un total de 346 casos de infección por el VIH fueron diagnosticados en adolescentes y adultos ≥13 años durante el año 2024. La tasa de diagnósticos de VIH para este año fue 11.9 por cada 100,000 habitantes. La distribución por sexo indica que la tasa de diagnósticos de VIH en los hombres es 5.8 veces mayor que la tasa de diagnóstico de VIH en mujeres (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución diagnósticos nuevos de VIH adolescentes y adultos ≥ 13 años por sexo, PR 2024

Sexo	Diagnósticos de VIH adolescentes y adultos ≥13 años	Porciento	Población (adolescentes y adultos ≥13 años)	Tasa de diagnósticos (por cada 100,000 habitantes)
Hombres	289	83.5%	1,356,125	21.3

Mujeres	57	16.5%	1,542,486	3.7
Total	**346**	**100.0%**	**2,898,611**	**11.9**

La mayoría de los casos de VIH se diagnostican entre las edades 25 a 34 años (Tabla 4). En el año 2024, 121 personas entre las edades de 25 a 34 años fueron diagnosticadas con VIH, equivalentes al 35.0% del total de casos diagnosticados en ese año. La tasa de diagnósticos aumenta conforme aumenta el grupo de edad hasta llegar al punto máximo entre las personas de 25 a 34 años, y disminuye a partir de los 35 años.

La distribución de diagnósticos nuevos de VIH por edad y sexo muestra al grupo de hombres entre 25 a 34 años y mujeres entre 35 a 44 años, con las tasas más altas en el año 2024. Comparado con las mujeres, la tasa de diagnósticos nuevos de VIH es en promedio 9 veces mayor en hombres entre las edades de 25 a 34 años y 3.7 veces mayor en hombres de 55 años en adelante (Tabla 4).

Tabla 4: Tasa de diagnósticos nuevos de VIH de adolescentes y adultos ≥ 13 años por grupo de edad y sexo, PR 2024

Grupo de edad	Hombres			Mujeres			General		
	Número	Porciento	Tasa*	Número	Porciento	Tasa*	Número	Porciento	Tasa*
13 - 24	39	13.5	16.8	6	10.5	2.7	45	13.0	9.8
25 - 34	109	37.7	49.5	12	21.1	5.4	121	35.0	27.5
35 - 44	60	20.8	33.6	14	24.6	7.1	74	21.4	19.6
45 - 54	43	14.9	22.6	12	21.1	5.6	55	15.9	13.6
55 - 64	20	6.9	10.2	6	10.5	2.6	26	7.5	6.0
≥ 65	18	6.2	5.3	7	12.3	1.6	25	7.2	3.2
Total	**289**	**100.0**	**21.3**	**57**	**100.0**	**3.7**	**346**	**100.0**	**11.9**

* Tasa por cada 100,000 habitantes

En el año 2024, el sexo entre hombres sin protección fue el modo de transmisión del VIH reportado con mayor frecuencia en Puerto Rico (58.7%), seguido del contacto heterosexual sin protección (31.8%). Entre los hombres, el sexo entre hombres sin protección (70.2%) fue el modo de transmisión principal, mientras el contacto heterosexual (89.5%) fue el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia entre las mujeres (Tabla 5).

Tabla 5: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH por modo de transmisión en adolescentes y adultos ≥ 13 años, Puerto Rico, 2024

Modo de transmisión del VIH	General		Hombres		Mujeres	
	Número	Porciento	Número	Porciento	Número	Porciento
Contacto heterosexual	110	31.8	59	20.4	51	89.5
PID	10	2.9	9	3.1	-	1.7
HSH	203	58.7	203	70.2	0	0.0
HSH+UDI	5	1.4	5	1.7	0	0.0
Otro - bajo investigación	18	5.2	13	4.5	-	8.8
Total	**346**	**100.0**	**289**	**100.0**	**57**	**100.0**

El sexo entre hombres sin protección es el modo de transmisión principal entre los adolescentes y adultos entre las edades de 13 a 44 años. El modo de transmisión

principal de las personas diagnosticadas con VIH entre las edades de 45 años o más es el contacto heterosexual sin protección (Tabla 6).

Tabla 6: Distribución de Diagnósticos Nuevos de VIH por Modo de Transmisión y Edad de Adultos y Adolescentes ≥13 Años, Puerto Rico, 2024

Grupo de edad	HSH	Contacto heterosexual	PID	HSH+UDI	Otro - bajo investigación	Total
13 - 24	33	10	0	-	-	45
25 - 34	91	23	-	0	6	121
35 - 44	39	24	-	-	5	74
45 - 54	24	24	5	-	-	55
55 - 64	10	12	0	0	-	26
≥ 65	6	17	-	0	-	25
Total	**203**	**110**	**10**	**5**	**18**	**346**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

Aproximadamente, uno de cada 7 adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH durante el año 2024, se encontraba en la Etapa 3 del VIH (SIDA), aumentando la probabilidad de complicaciones y mortalidad prematura. La proporción de personas diagnosticadas tardíamente con el VIH fue mayor entre los hombres (14.5%), personas de 65 años o más (32.0%), y hombres que se inyectan drogas (55.6%), sugiriendo que no acceden a cuidado médico rápidamente (Tabla 7).

Tabla 7: Distribución de diagnósticos tardíos de VIH por características demográficas y modo de transmisión adolescentes y adultos ≥13 años, PR 2024

Características		Etapa 3 (SIDA)	
	Diagnósticos de VIH en el 2024	Número	Porciento
Sexo			
Hombres	***289***	***42***	***14.5***
Mujeres	57	6	10.5
Edad al momento del diagnóstico			
13-24	45	-	-
25-34	121	13	10.7
35-44	74	13	17.6
45-54	55	8	14.5
55-64	26	-	15.4
≥65	***25***	***8***	***32.0***
Modo de transmisión			
HSH	203	22	10.8
PID			
Hombres	***9***	***5***	***55.6***
Mujeres	-	-	-
HSH y PID	-	-	40.0
Contacto heterosexual			
Hombres	59	12	20.3
Mujeres	51	6	11.8
Otro - bajo investigación			
Hombres	13	-	-

Características		Etapa 3 (SIDA)	
	Diagnósticos de VIH en el 2024	Número	Porciento
Mujeres	5	0	0.0
Total	**346**	**48**	**13.9**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

La mayoría de las personas diagnosticadas con el VIH en el 2024 residía en la Región Metropolitana al momento del diagnóstico (38.2%), seguido por las Regiones de Bayamón (17.3%) y Caguas (13.9%). El 50.9% de las mujeres diagnosticadas con el VIH en el 2024 residían en la Región Metropolitana (Tabla 8).

Tabla 8: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥ 13 años, por regiones de salud epidemiológicas, PR 2024.

Región de salud de residencia al momento del diagnóstico	General			Hombres			Mujeres		
	Número	Porciento	Tasa	Número	Porciento	Tasa	Número	Porciento	Tasa
Aguadilla	6	1.7	3.1	5	1.7	5.4	-	-	-
Arecibo	35	10.1	9.5	31	10.7	17.8	-	-	-
Bayamón	60	17.3	12.2	53	18.3	23.0	7	12.3	2.7
Caguas	48	13.9	10.3	42	14.5	19.3	6	10.5	2.4
Fajardo	13	3.8	12.6	11	3.8	22.9	-	-	-
Mayagüez	14	4.0	5.9	13	4.5	11.6	-	-	-
Metropolitana	132	38.2	20.7	103	35.6	35.6	29	50.9	8.3
Ponce	38	11.0	9.4	31	10.7	16.1	7	12.3	3.3
Total	**346**	**100.0**	**11.9**	**289**	**100.0**	**21.3**	**57**	**100.0**	**3.7**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

Tendencias de los diagnósticos nuevos de VIH de adolescentes y adultos ≥ 13 años, PR 2020 - 2024

Durante el periodo del 2020 al 2024, se diagnosticaron en Puerto Rico un total de 1,811 casos nuevos de VIH (independientemente si progresó a la Etapa 3). La tasa de diagnósticos de adolescentes y adultos ≥ 13 años en el 2024 fue 11.9 por cada 100,000 habitantes. La tasa de diagnósticos fue 5.8 veces mayor entre los hombres comparado con las mujeres en el 2024 (Tabla 9). Durante el periodo 2020-2021, los datos de VIH fueron impactados por la pandemia de COVID, por lo tanto, para evaluar la tendencia de VIH se utilizó el año 2021 como punto de referencia (Tabla 9). Durante el periodo 2021-2024, el número de diagnósticos de VIH y la tasa de diagnósticos general disminuyeron un 16.2% y 27.4%, respectivamente. Sin embargo, entre los hombres se observó un aumento de 6.0% en la tasa de diagnósticos durante el periodo 2021 – 2023, para luego disminuir en el año 2024 un 24.7%. Entre las mujeres, la tasa de diagnósticos disminuyó un 30.3% durante el periodo 2021-2024.

Tabla 9: Tasa de Diagnósticos Nuevos de VIH de adolescentes y adultos ≥ 13 años, por Sexo, PR 2020 - 2024

	2020		2021		2022		2023		2024	
Sexo	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Hombres	259	20.9	327	26.7	301	25.2	335	28.3	289	21.3
Mujeres	43	3.3	86	6.6	57	4.5	57	4.6	57	3.7
Total	**302**	**11.8**	**413**	**16.4**	**358**	**14.5**	**392**	**16.1**	**346**	**11.9**

* Tasa por cada 100,000 habitantes

Durante el periodo 2020 – 2024, el 54.3% de los diagnósticos de VIH, fluctúan entre las edades de 25 a 44 años. En el periodo 2020-2021, los datos de VIH fueron impactados por la pandemia de COVID, por lo tanto, para evaluar la tendencia de VIH se utilizó el año 2021 como punto de referencia. La tasa de diagnósticos de VIH presenta una disminución durante el periodo 2021-2024 en todos los grupos de edad, con excepción del grupo 25 a 34 años. Durante el periodo 2021 – 2023 el número y la tasa de diagnósticos en este grupo aumentó un 18.3% y 17.1% respectivamente (Tabla 10).

Tabla 10: Número de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥ 13 años, por grupo de edad, PR 2020 – 2024

Edad al momento del diagnóstico	2020		2021		2022		2023		2024	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
13 - 24	49	11.6	59	14.3	46	11.5	51	13.0	45	11.6
25 - 34	84	19.9	120	27.8	126	29.2	142	32.6	121	27.5
35 - 44	65	16.5	96	24.9	76	20.1	79	21.1	74	19.6
45 - 54	50	11.8	72	17.3	57	13.9	53	13.0	55	13.6
55 - 64	42	9.5	39	8.8	33	7.5	48	11.1	26	6.0
≥ 65	12	1.7	27	3.6	20	2.6	18	2.3	25	3.2
Total	**302**	**11.8**	**413**	**16.4**	**358**	**14.5**	**392**	**16.1**	**346**	**11.9**

Fuente: Vigilancia VIH/SIDA, Sección de Vigilancias Epidemiológicas, División de Epidemiología e Investigación
Nota: Personas diagnosticadas con el VIH en Puerto Rico, según reportados al 31 de diciembre del 2025.

Entre los hombres, la mayoría de los diagnósticos de VIH durante el periodo 2020 – 2024 ocurrieron entre las edades 25 a 34 años. Entre las mujeres, la mayoría de los diagnósticos acumulados se observan entre las edades 35 a 44 años (Tabla 11). La tendencia de los diagnósticos de VIH por edad muestra diferencias por sexo. Entre los hombres, se observó una disminución de la tasa de diagnósticos en todos los grupos de edades, excepto el grupo de 25 a 34 años. Entre las mujeres, se observó una disminución en todos los grupos etarios.

Tabla 11: Tasa de diagnósticos de VIH en adolescentes y adultos ≥ 13 años, por grupo de edad y sexo, PR 2020 – 2024

Edad al momento del diagnóstico	2020		2021		2022		2023		2024	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Hombres										
13 - 24	45	21.0	49	23.2	43	21.1	49	24.5	39	16.8
25 - 34	77	36.6	110	51.3	113	52.5	126	57.8	109	49.5
35 - 44	56	30.2	68	37.3	67	37.6	68	38.4	60	33.6
45 - 54	41	20.6	55	28.1	40	20.7	39	20.4	43	22.6
55 - 64	34	16.7	27	13.4	25	12.5	40	20.2	20	10.2
≥ 65	6	1.9	18	5.6	13	4.0	13	3.9	18	5.3
Mujeres										
13 - 24	-	-	10	4.9	-	-	-	-	6	2.7
25 - 34	7	3.3	10	4.6	13	6.0	16	7.3	12	5.4
35 - 44	9	4.3	28	13.7	9	4.5	11	5.6	14	7.1
45 - 54	9	4.0	17	7.7	17	7.9	14	6.5	12	5.6
55 - 64	8	3.3	12	5.0	8	3.4	9	3.8	6	2.6
≥ 65	6	1.5	9	2.1	7	1.6	5	1.1	7	1.6
Total	**302**	**11.8**	**413**	**16.4**	**358**	**14.5**	**392**	**16.1**	**346**	**11.9**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

Durante el periodo acumulado del 2020 al 2024, el sexo entre hombres sin protección cuenta con la proporción mayor de nuevos diagnósticos de VIH anualmente. En el 2024, el sexo entre hombres sin protección continúa siendo el modo de transmisión principal del VIH en Puerto Rico (Tabla 12).

Tabla 12: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, por modo de transmisión, PR 2020-2024

Modo de transmisión	Año de diagnóstico de VIH											
	2020		2021		2022		2023		2024		Frecuencia total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	N	%
HSH	185	61.3	240	58.1	207	57.8	254	64.8	203	58.7	1,089	60.1
Contacto heterosexual	76	25.2	140	33.9	103	28.8	119	30.4	110	31.8	548	30.3
PID	18	6.0	12	2.9	21	5.9	11	2.8	10	2.9	72	4.0
HSH & PID	-	-	-	-	-	-	0	-	5	1.5	15	0.8
Otro - bajo investigación	19	6.3	19	4.6	23	6.4	8	2.0	18	5.2	87	4.8
Total	**302**	**100.0**	**413**	**100.0**	**358**	**100.0**	**392**	**100.0**	**346**	**100.0**	**1,811**	**100.0**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

La distribución de nuevos diagnósticos de VIH durante el periodo 2020 – 2024 indica que el sexo entre hombres sin protección es el modo de transmisión principal entre los adolescentes y adultos entre los 13 a 44 años, mientras el contacto heterosexual sin protección es el modo de transmisión principal de las personas de 45 años en adelante (Tabla 13).

Tabla 13: Distribución de los diagnósticos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por edad y modo de transmisión y sexo, PR 2020 – 2024

Edad al momento del diagnóstico	Modo de transmisión					
	HSH	Contacto heterosexual	PID	HSH & PID	Otro - bajo investigación	Total
13 - 24	204	38	0	-	5	250
25 - 34	464	95	11	5	19	594
35 - 44	208	130	26	6	20	390
45 - 54	117	132	19	-	18	287
55 - 64	73	84	11	0	20	188
≥65	23	69	5	0	5	102
Total	**1,089**	**548**	**72**	**15**	**87**	**1,811**

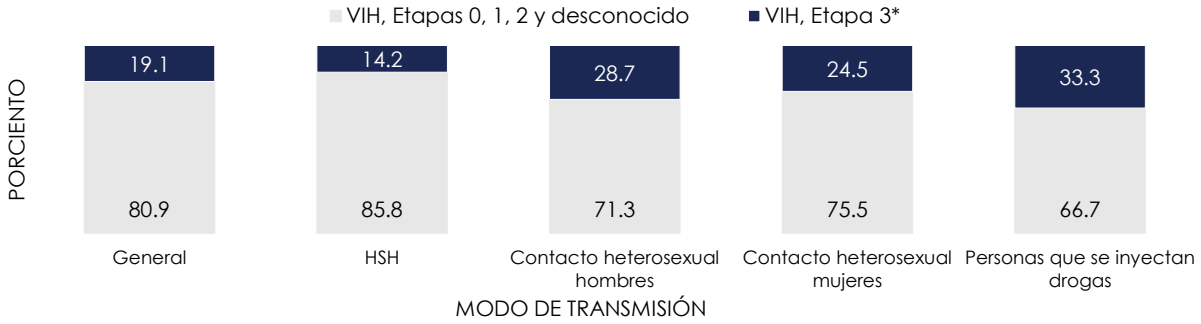
Aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, durante el periodo del 2020 al 2024, se encontraba en la Etapa 3 de la infección (SIDA). La proporción de personas diagnosticadas tardíamente con el VIH disminuyó un 42.6%, durante este periodo. Las personas que se inyectan drogas y los hombres heterosexuales tienen la proporción más alta de diagnósticos tardíos de VIH, 33.3% y 28.7% respectivamente (Gráfica 2 y Tabla 14).

Tabla 14: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por categoría de progresión del VIH y modo de transmisión, PR 2020 - 2024

Modo de transmisión	Diagnósticos tardíos de VIH											
	2020		2021		2022		2023		2024		2020 - 2024	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Contacto heterosexual hombres	18	45.0	17	29.3	16	30.2	16	24.6	12	20.3	79	28.7
Contacto heterosexual mujeres	10	27.8	19	23.2	17	34.0	15	27.8	6	11.8	67	24.5
Personas que se inyectan drogas	7	43.8	6	54.5	-	-	-	-	5	55.6	24	33.3
HSH	29	15.7	52	21.7	24	11.6	28	11.0	22	10.8	155	14.2
Total	**69**	**22.8**	**100**	**24.2**	**65**	**18.2**	**63**	**16.1**	**48**	**13.9**	**345**	**19.1**

Nota: El guion indica que el tamaño de la celda es menor de 5.

Gráfica 2: Distribución de diagnósticos nuevos de VIH en adolescentes y adultos ≥13 años, por categoría de progresión del VIH y modo de transmisión, PR 2020 - 2024



* La clasificación de la Etapa 3 se basa en la primera prueba de CD4 realizada o la documentación de una condición definitoria de SIDA, dentro de los primeros 3 meses (≤91 días) luego del diagnóstico de VIH.

La Región Metropolitana (38.2%) predomina como la región de residencia al momento del diagnóstico con más casos nuevos diagnosticados de VIH durante el periodo del 2020 al 2024, seguida de la región de Bayamón (16.6%) y Caguas (14.1%) (Tabla 15).

Tabla 15: Diagnósticos nuevos de VIH, por región de residencia al momento del diagnóstico, PR 2020 - 2024

Región de salud de residencia al momento del diagnóstico	Año de diagnóstico de VIH											
	2020		2021		2022		2023		2024		Frecuencia total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Aguadilla	6	2.0	12	2.9	5	1.4	12	3.1	6	1.7	41	2.3
Arecibo	26	8.6	28	6.8	42	11.7	49	12.5	35	10.1	180	9.9
Bayamón	52	17.2	79	19.1	50	14.0	60	15.3	60	17.3	301	16.6
Caguas	45	14.9	72	17.4	42	11.7	48	12.2	48	13.9	255	14.1
Fajardo	9	3.0	13	3.2	6	1.7	12	3.1	13	3.8	53	2.9
Mayagüez	15	5.0	12	2.9	21	5.9	21	5.4	14	4.1	83	4.6
Metropolitana	122	40.4	153	37.1	148	41.3	137	35.0	132	38.2	692	38.2
Ponce	27	8.9	44	10.7	44	12.3	53	13.5	38	11.0	206	11.4
Total	**302**	**100.0**	**413**	**100.0**	**358**	**100.0**	**392**	**100.0**	**346**	**100.0**	**1,811**	**100.0**

Fuente: Vigilancia VIH/SIDA, Sección de Vigilancias Epidemiológicas, División de Epidemiología e Investigación
Nota: Personas diagnosticadas con el VIH en Puerto Rico, según reportados al 31 de diciembre del 2025.

Prevalencia de VIH en Puerto Rico - 2024

Al final del año 2024, el número de personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en Puerto Rico fue 16,751. Por cada 100,000 habitantes de Puerto Rico, 522.9 tienen un diagnóstico de VIH. La prevalencia de VIH en hombres es 2.8 veces mayor que la prevalencia de VIH en mujeres. El 37.7% de las personas con un diagnóstico positivo al VIH, reside en la Región Metropolitana. El 76.4% de las personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en Puerto Rico tienen 45 años o más (Tabla 16).

Tabla 16: Prevalencia de diagnósticos de VIH por características demográficas y modo de transmisión PR, 2024

Características demográficas / modo de transmisión	Número	Porciento	Prevalencia por cada 100,000 habitantes
Sexo			
Hombres	11,951	71.3	790.3
Mujeres	4,800	28.7	283.8
Grupo de edad			
13 – 24	148	0.9	32.4
25 – 34	1,468	8.8	333.3
35 – 44	2,328	13.9	617.6
45 – 54	3,354	20.0	827.9
55 – 64	5,334	31.8	1,239.6
≥65	4,119	24.6	522.2
Modo de transmisión			
HSH	5,723	34.2	-
Contacto heterosexual mujeres	3,735	22.3	-
PID hombres	2,900	17.3	-
Contacto heterosexual hombres	2,315	13.8	-
PID mujeres	852	5.1	-
HSH \ PID	662	4.0	-
Otro - bajo investigación	564	3.4	-
Región de salud			
Metropolitana	6,317	37.7	898.7
Bayamón	2,791	16.7	512.8
Caguas	2,168	12.9	422.8
Ponce	2,089	12.5	462.4
Arecibo	1,418	8.5	349.2
Mayagüez	846	5.1	324.5
Fajardo	602	3.6	527.0
Aguadilla	520	3.1	246.8
Total	**16,751**	**100.0**	**522.9**

Enlace a cuidado médico, PR 2024

El enlace a cuidado médico tempranamente reduce las complicaciones relacionadas al VIH y la mortalidad prematura. La proporción de personas enlazadas a cuidado médico presenta una disminución durante el periodo del 2021 al 2024, de 73.6% a 68.5% (Tabla 17). El porciento más alto observado ha sido 73.6%, en el año 2021.

Tabla 17: Proporción de personas enlazadas a cuidado médico durante los primeros 30 días, luego del diagnóstico positivo al VIH, PR 2020 – 2024

Enlace a Cuidado médico	2020	2021	2022	2023	2024
≤30 días	66.6	73.6	71.2	64.0	68.5
> 30 días	33.4	26.4	28.8	36.0	31.5

En el año 2024, las personas diagnosticadas con el VIH entre los 55 – 64 años tienen la proporción más alta de enlace a cuidado médico durante el primer mes, luego del diagnóstico (80.8%); seguido por los hombres que atribuyeron el VIH al contacto

heterosexual sin protección (72.9%) y los hombres que tienen sexo con otros hombres (70.0%) (Tabla 18). Por otro lado, la proporción más baja de enlace a cuidado médico se documentó entre los hombres que tienen sexo con hombres y se inyectan drogas, y las personas que se inyectan drogas, 70.0% y 60.0%, respectivamente.

Tabla 18: Enlace a cuidado médico de personas diagnosticadas con el VIH, durante los primeros 30 días luego del diagnóstico, por características demográficas selectas y modo de transmisión, PR, 2024

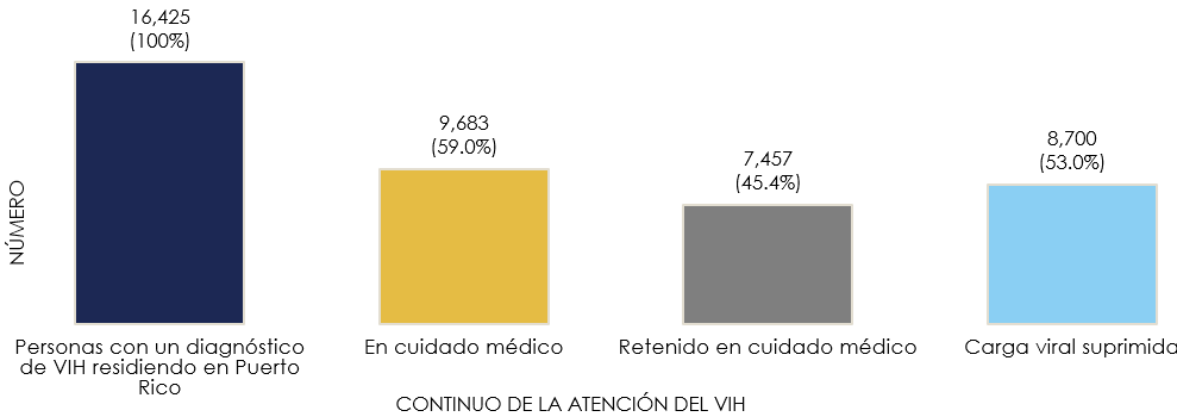
	Diagnósticos de VIH	Cuidado médico ≤ 30 días	
	Número	Número	Porciento
Sexo			
Hombres	289	198	68.5
Mujeres	57	39	68.4
Edad al momento del diagnóstico			
13-24	45	29	64.4
25-34	121	81	66.9
35-44	74	55	74.3
45-54	55	35	63.6
55-64	26	21	80.8
≥65	25	16	64.0
Modo de transmisión			
Hombres sexo con hombres	203	142	70.0
Personas que se inyectan drogas	10	6	60.0
Hombres sexo con hombres que se inyectan drogas	5	-	-
Contacto heterosexual			
Hombres	59	43	72.9
Mujeres	51	33	64.7
Hombres	13	6	46.2
Mujeres	5	5	100.0
Total	**346**	**237**	**68.5**

Continuo de la Atención del VIH, PR 2024

Hasta el 31 de diciembre del 2024, un total de 16,425 adolescentes y adultos ≥ 13 años diagnosticados con el VIH residían en Puerto Rico. De acuerdo con los datos reportados a Vigilancia VIH/SIDA, el 59.0% se encontraban recibiendo atención médica y el 45.4% se encontraba retenido en cuidado médico en el 2024; mientras que un 53.0% había alcanzado la supresión viral. (Gráfica 3).

Los Programas Ryan White (no ADAP) en Puerto Rico cuentan con datos reportados que presentan porcentajes superiores. En 2024, estos Programas tuvieron 12,448 participantes con 92.4% retenidos en cuidado médico y 93.8% viralmente suprimidos (Gráficas 4, 5 y 6).

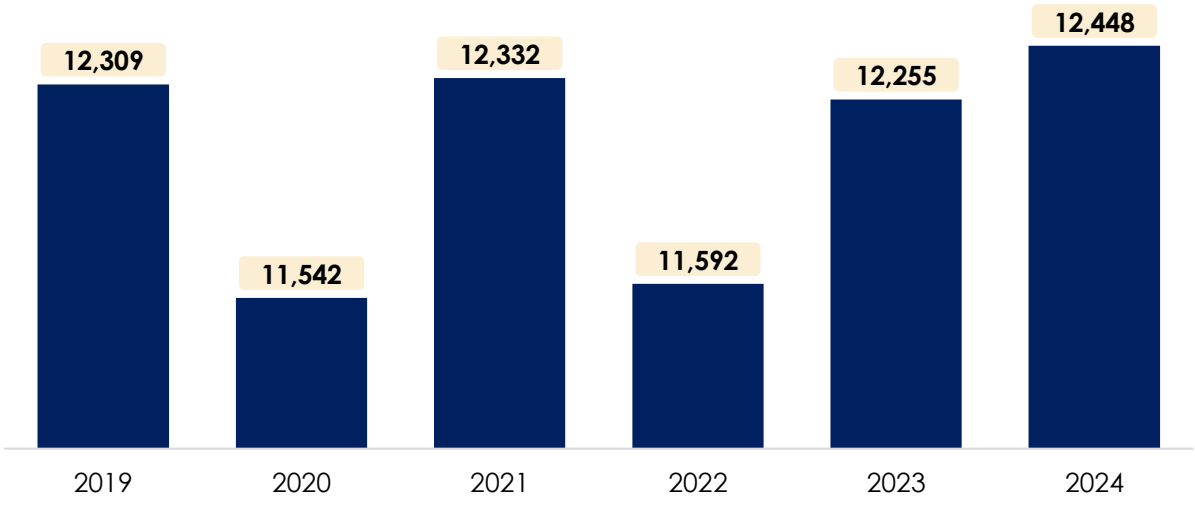
Gráfica 3: Continuo de la Atención del VIH en PR, 2024



Personas con un diagnóstico de VIH	número de *personas* ≥13 años *diagnosticadas con el VIH hasta el año 2023*, residiendo *en Puerto Rico* al final del año 2024.
En cuidado médico	número de *personas* ≥13 años *diagnosticadas con el VIH hasta el año 2023* residiendo *en Puerto Rico* al final del año 2024, con ≥ 1 pruebas de CD4 o carga viral reportadas a Vigilancia de VIH/SIDA.
Retenidas en cuidado médico	número de *personas* ≥13 años *diagnosticadas con el VIH hasta el año 2023*, residiendo *en Puerto Rico* al final del año 2024, con dos o más pruebas de CD4 o carga viral, realizadas con al menos tres meses de diferencia, reportadas a Vigilancia de VIH/SIDA.
Carga viral suprimida	número de *personas* ≥13 años *diagnosticadas con el VIH hasta el año 2023* residiendo *en Puerto Rico* al final del año 2024, cuya carga viral más reciente del año 2024, es <200 copias/mL.

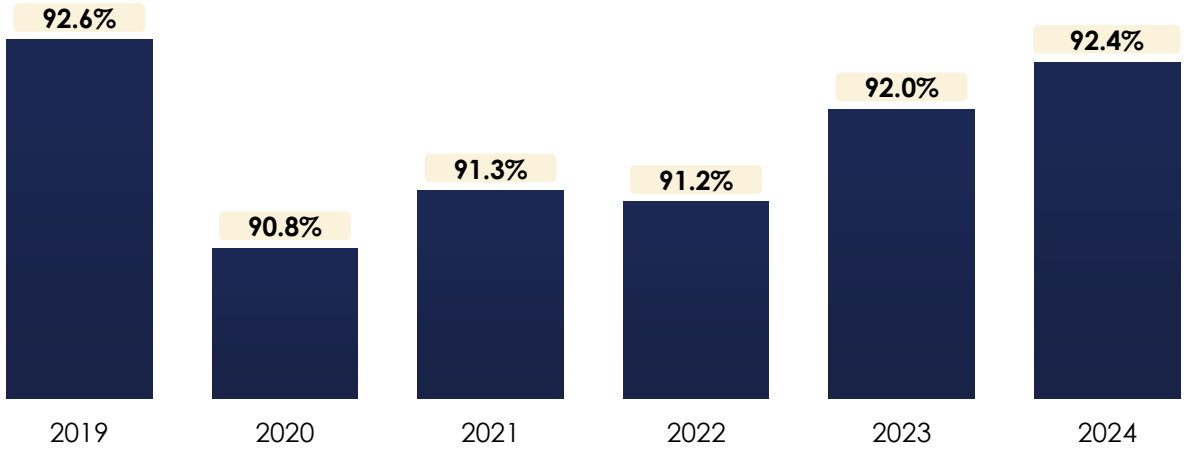
Fuente: Vigilancia VIH/SIDA, Sección de Vigilancias Epidemiológicas, División de Epidemiología e Investigación
Nota: Personas diagnosticadas con el VIH en Puerto Rico, según reportados al 31 de diciembre del 2025.

Gráfica 4: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico



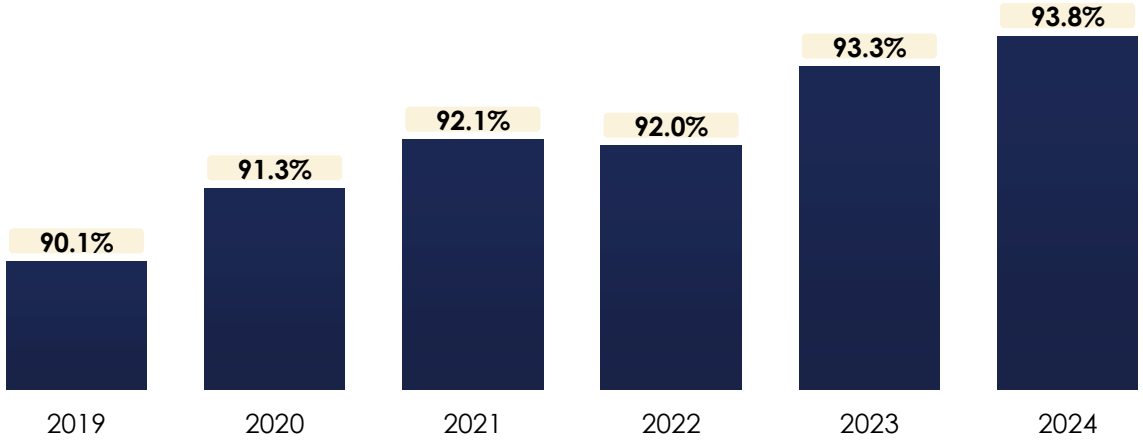
Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2019-2024.

Gráfica 5: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico – Retenidos en Cuidado por Año



Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2019-2024.

Gráfica 6: Porcentaje de Personas con un diagnóstico positivo al VIH Viralmente Suprimidas: Participantes en Programas Ryan White (No ADAP) - Puerto Rico



Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2019-2024.

Necesidades de cuidado médico no cubiertas de personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, 2025

En 2025, 355 personas fueron diagnosticadas con VIH en Puerto Rico. El 16.3% de las cuales fueron diagnosticadas tardíamente con el VIH. Para el 2025, 10,647 personas residentes en Puerto Rico tenían un diagnóstico de VIH o cualquier dato de laboratorio relacionado con el VIH durante el período 2021 –2025. El 86.2% se encontraba recibiendo cuidado médico, mientras que el 13.8% no estaba bajo cuidado médico.

Al final del año 2025, el 11.4% de las personas recibiendo atención médica no habían alcanzado la supresión viral. Las personas que no están suprimidas viralmente tienen más probabilidades de transmitir el VIH a sus parejas a través del contacto sexual y/o el uso de drogas inyectables (Tabla 19).

Tabla 19: Necesidades de Cuidado Médico no Cubiertas de Personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, 2025

Indicadores	Número	Porciento	Fuente de datos
Diagnósticos tardíos de VIH			
Diagnósticos tardíos	58	16.3%	Sistema de Vigilancia de VIH
Diagnósticos nuevos	355		Sistema de Vigilancia de VIH
Tamaño de la población			
Tamaño de la población	12,347		Sistema de Vigilancia de VIH
Patrones de cuidado			
Necesidad cubierta	10,647	86.2%	Sistema de Vigilancia de VIH
Necesidad no cubierta	1,700	13.8%	Sistema de Vigilancia de VIH
Carga viral, personas en cuidado médico			
Carga viral suprimida	9,438	88.6%	Sistema de Vigilancia de VIH
Carga viral no suprimida	1,209	11.4%	Sistema de Vigilancia de VIH

Nota: Los datos sobre *diagnósticos tardíos de VIH* y *patrones de cuidado* se presenta para el año 2022; los datos sobre *tamaño de la población* se presentan para el periodo 2021 - 2025.

Diagnósticos tardíos de VIH	Número de personas diagnosticadas con la Etapa 3 de la infección del VIH dentro de los primeros 3 meses luego del diagnóstico inicial de VIH.
Tamaño de la población	Número de personas con un diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, diagnosticadas con el VIH o que ha tenido una prueba de VIH, prueba de genotipo, CD4 o carga viral reportadas al Programa de Vigilancia durante los últimos 5 años.
Patrones de cuidado	
Necesidad cubierta	Número de personas con un diagnóstico de VIH, con una prueba de CD4 o carga viral en el año más reciente.
Necesidad no cubierta	Número de personas con un diagnóstico de VIH, sin una prueba de CD4 o carga viral en el año más reciente.
Carga viral suprimida	Número de personas con un diagnóstico de VIH, con necesidad de cuidado médico cubierta, cuya carga viral más reciente es <200 copias/ml.
Carga viral no suprimida	Número de personas con un diagnóstico de VIH, con necesidad de cuidado médico cubierta, cuya carga viral más reciente es >=200 copias/ml.

Las subpoblaciones con la proporción mayor de personas fuera de cuidado médico en el 2025 son las personas entre 13 y 24 años (25%), los hombres que se inyectan drogas (17%), y los hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección (13.4%).

Las subpoblaciones con la mayor proporción de personas recibiendo cuidado médico que no alcanzaron la supresión viral al final del año 2025, las personas de 35 a 44 años (27.6%), los hombres con contacto heterosexual (11.2%), y uso de drogas inyectable en el sexo femenino (12.8%) (Tabla 20).

Tabla 20: Análisis poblacional – Puerto Rico, 2025

		Total	Insumos Numéricos					Dentro de las Categorías			Entre Categorías		
	Categoría	# de personas diagnosticadas con VIH	# de nuevos diagnósticos	# de diagnósticos tardíos	# en cuidado médico	# con necesidades no cubiertas	# en cuidado sin supresión viral	% diagnosticado tardíamente	% con necesidades no cubiertas	% en cuidado sin supresión viral	% de diagnósticos tardíos	% con necesidades no cubiertas	% en cuidado sin supresión viral
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1	**Total**	12,347	355	58	10,647	1,700	1,209	16.3%	13.8%	11.4%	100.0%	100.0%	100.0%
2	**Sexo**												
	Hombre	8,803	278	42	7,540	1,263	817	15.1%	14.3%	10.8%	72.4%	74.3%	67.6%
	Mujer	3,487	72	15	3,057	430	382	20.8%	12.3%	12.5%	25.9%	25.3%	31.6%
	Sexo biológico desconocido	57	5	1	50	7	10	20.0%	12.3%	20.0%	1.7%	0.4%	0.8%
3	**Raza**												
	Indígena americano / Nativo de Alaska	1	1	0	1	0	1	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	Negro/Afroamericano	10	1	0	6	4	2	0.0%	40.0%	33.3%	0.0%	0.2%	0.2%
	Hispano/Latino[1]	12,259	342	56	10,586	1,673	1,187	16.4%	13.6%	11.2%	96.6%	98.4%	98.2%
	Blanco	74	11	2	51	23	18	18.2%	31.1%	35.3%	3.4%	1.4%	1.5%
	Multirracial	3	0	0	3	0	1	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.1%
4	**Edad**												
	13 a 24	132	46	2	99	33	26	4.3%	25.0%	26.3%	3.4%	1.9%	2.2%
	25 a 34	1,300	119	19	1,066	234	231	16.0%	18.0%	21.7%	32.8%	13.8%	19.1%
	35 a 44	1,854	80	10	1,559	295	431	12.5%	15.9%	27.6%	17.2%	17.4%	35.6%
	45 a 54	2,296	51	10	1,967	329	269	19.6%	14.3%	13.7%	17.2%	19.4%	22.2%
	55 a 64	3,753	44	12	3,331	422	154	27.3%	11.2%	4.6%	20.7%	24.8%	12.7%
	65+	3,012	15	5	2,625	387	98	33.3%	12.8%	3.7%	8.6%	22.8%	8.1%
5	**Categoría de transmisión**												
	Masculino:												

	Total	Insumos Numéricos					Dentro de las Categorías			Entre Categorías		
Categoría	# de personas diagnosticadas con VIH	# de nuevos diagnósticos	# de diagnósticos tardíos	# en cuidado médico	# con necesidades no cubiertas	# en cuidado sin supresión viral	% diagnosticado tardíamente	% con necesidades no cubiertas	% en cuidado sin supresión viral	% de diagnósticos tardíos	% con necesidades no cubiertas	% en cuidado sin supresión viral
Contacto sexual entre hombres	5,135	193	24	4,447	688	479	12.4%	13.4%	10.8%	41.4%	40.5%	39.6%
Uso de drogas inyectables (UDI)	1,293	6	1	1,073	220	95	16.7%	17.0%	8.9%	1.7%	12.9%	7.9%
Contacto sexual entre hombres/UDI	436	2	0	374	62	41	0.0%	14.2%	11.0%	0.0%	3.6%	3.4%
Contacto heterosexual	1,733	53	13	1,494	239	167	24.5%	13.8%	11.2%	22.4%	14.1%	13.8%
Otro / Sin riesgo identificado	206	24	4	152	54	35	16.7%	26.2%	23.0%	6.9%	3.2%	2.9%
Femenino:												
Uso de drogas inyectables (UDI)	476	0	0	421	55	54	0.0%	11.6%	12.8%	0.0%	3.2%	4.5%
Contacto heterosexual	2,876	60	14	2,535	341	301	23.3%	11.9%	11.9%	24.1%	20.1%	24.9%
Otro / Sin riesgo identificado	135	12	1	101	34	27	8.3%	25.2%	26.7%	1.7%	2.0%	2.2%
Sexo biológico desconocido:												
Contacto sexual	49	5	1	44	5	10	20.0%	10.2%	22.7%	1.7%	0.3%	0.8%
Uso de drogas inyectables (UDI)	1	0	0	1	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Contacto sexual/UDI	3	0	0	1	2	0	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
Otro / Sin riesgo identificado	4	0	0	4	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

Estimados de Incidencia y Prevalencia del VIH en Puerto Rico: 2019 – 2023

Se estima que el número de casos incidentes de VIH durante el periodo 2019 – 2023 alcanzó 1,480. Los casos incidentes de VIH durante este periodo han disminuido un 6.2%.

Tabla 21: Estimados de incidencia de VIH de adolescentes y adultos ≥13 Años, PR 2019 – 2023

Año	Número de casos	IC95% inferior	IC95% superior
2019	320	140	500
2020	310	110	520
2021	320	120	510
2022	230	100	450
2023	300	120	500

La incidencia de VIH es mayor en los hombres (83.8%), personas entre las edades de 25 a 34 años (35.1%) y los hombres que tienen sexo con hombres sin protección (67.6%) (Tabla 22).

Tabla 22: Estimados de Incidencia de VIH de Adolescentes y Adultos ≥13 Años, por sexo, edad y modo de transmisión, PR, 2019 – 2023

Características demográficas / modo de transmisión	Número	Porciento
Sexo		
Hombre	1,240	83.8
Mujer	240	16.2
Edad		
13 - 24	300	20.3
25 - 34	520	35.1
35 - 44	310	20.9
45 - 54	170	11.5
55 - 64	140	9.5
≥65	40	2.7
Modo de transmisión		
HSH	1,000	67.6
PID	20	1.4
HSH PID	10	0.7
Contacto heterosexual	450	30.4
Total	**1,480**	**100.0**

Durante el periodo 2019 - 2023, el porciento de personas que conocen su estado serológico de VIH aumentó de 90.0% en el 2019 a 91.6% en el 2023 (Tabla 23). Se estima que el 8.4% (1,500) de las personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico lo desconoce.

Tabla 23: Estimados de prevalencia de VIH y porciento de personas que conocen su estado serológico, PR 2019 – 2023

Año	Porciento personas que conocen su estado serológico de VIH	Porciento de personas que desconocen su estado serológico de VIH	Personas viviendo con VIH en Puerto Rico (diagnosticadas y no diagnosticadas)
2019	90.0	10.0	18,200
2020	90.3	9.7	18,000
2021	90.6	9.4	18,000
2022	91.1	8.9	18,000
2023	91.6	8.4	18,000

Los adolescentes y adultos de 13 a 24 años tienen la proporción más alta de personas que desconocen su estado serológico de VIH, representando el 43.9%, seguido por los adultos 25 a 34 años (26.8%). Por lo general, a mayor edad menor la proporción de personas que desconoce su estado serológico del VIH. Los hombres que tienen sexo con otros hombres tienen la proporción más alta de personas que desconocen su estado serológico de VIH, cuando se categoriza por modo de transmisión del VIH.

Tabla 24: Estimados de prevalencia de VIH y porciento de personas que conocen su estado serológico, por sexo, edad y modo de transmisión, PR 2023

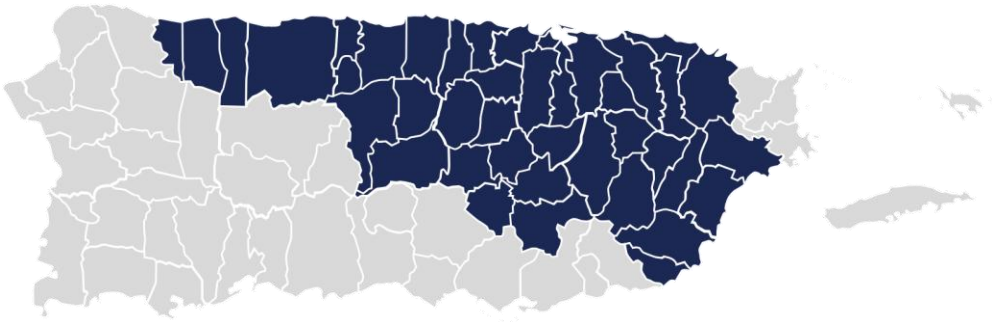
Características demográficas / modo de transmisión	Porciento personas que conocen su estado serológico de VIH	Porciento de personas que desconocen su estado serológico de VIH
Sexo		
Hombres	90.5	9.5
Mujeres	94.5	5.5
Grupo de edad		
13-24	56.1	43.9
25-34	73.2	26.8
35-44	85.3	14.7
45-54	92.7	7.3
55-64	96.8	3.2
≥65	98.7	1.3
Modo de transmisión		
HSH	87.1	12.9
PID hombres	98.0	2.0
PID mujeres	99.7	0.3
HSH y PID	96.3	3.7
Contacto heterosexual hombres	88.4	11.6
Contacto heterosexual mujeres	93.4	6.6

Surveillance (NHBS)" del Programa de Vigilancia de VIH

El Estudio de la Conducta (ECO) es financiado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). Este estudio se lleva a cabo en 22 Áreas Estadísticas Metropolitanas Elegibles (AMES) en los Estados Unidos y Puerto Rico. Es conocido a nivel nacional como el Sistema Nacional de Vigilancia del Comportamiento del VIH (NHBS, por sus siglas en inglés).

El NHBS es una encuesta anónima transversal en poblaciones en riesgo para la infección del VIH: "*Venue Based Sampling" (VBS) para* Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) y "*Respondent Driven Sampling" (RDS) para Personas que se inyectan Drogas* (PID) y Heterosexuales a Alto Riesgo (HET). Esta es realizada en 22 AMEs en Estados Unidos y Puerto Rico. En el caso de Puerto Rico, responde al **Área Metropolitana Estadística (AME)** elegible de San Juan, compuesta por 40 municipios principalmente del Área Metropolitana y Este (Ilustración 8).

Ilustración 8: San Juan – Caguas – Guaynabo AME



Municipios: Aguas Buenas, Aibonito, Arecibo, Barceloneta, Barranquitas, Bayamón, Caguas, Camuy, Canóvanas, Carolina, Cataño, Cayey, Ciales, Cidra, Comerío, Corozal, Dorado, Florida, Guaynabo, Gurabo, Hatillo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Loíza, Manatí, Maunabo, Morovis, Naguabo, Naranjito, Orocovis, Quebradillas, Río Grande, San Juan, San Lorenzo, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Alta, Vega Baja, y Yabucoa.

La tabla 25 presenta las características demográficas del último ciclo de la población de HSH para el año 2023. Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron un total de 511 participantes en 2023. La edad media fue de 39.2 (± 11.9) años y los primeros tres grupos de edad predominantes fueron el de 25 a 34 años con un 34.8% seguido por el de 35 a 44 años y el de 55 años o más con 27% y 15.5%, respectivamente. En cuanto a la educación, más de la mitad de la muestra (55.4%) tienen menos de Escuela Superior, el 24.9 está graduado de Escuela Superior y el 19.8% de los participantes cuentan con algo de Universidad o están graduados de esta. Aproximadamente, el 80% de la muestra informaron estar empleados en el momento de la entrevista. Además, el 25.6% de los participantes informaron tener un ingreso no superior a $20,000 en un año, mientras el 37% reportó tener ingresos de $75,000 o más.

Tabla 25: Características sociodemográficas entre la población de HSH, para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2023

Características	2023: n = 511 No. (%)
Edad, años	**39.2 ± 11.9**
18-24	41 (8.0)
25-34	178 (34.8)
35-44	138 (27.0)
45-54	75 (14.7)
55+	79 (15.5)
Género	
Hombre	496 (97.1)
Mujer	15 (2.9)
Educación	
Menos de Escuela Superior	283 (55.4)
Graduado de Escuela Superior	127 (24.9)
Algo de Universidad o Graduado de Universidad	101 (19.8)
Lugar de nacimiento	
Estados Unidos	54 (10.6)
Puerto Rico	442 (86.5)
Cuba	2 (0.4)
Otro	13 (2.5)
Actualmente empleado	
No[a]	104 (19.2)
Yes	418 (80.8)
Ingreso del Hogar [d]	

Características	2023: n = 511 No. (%)
$0-$19,999	131 (25.6)
$20,000-$39,999	104 (20.4)
$40,000-$74,999	87 (17.0)
≥75,000	189 (37.0)
Actualmente tiene Seguro de Salud [d]	
No	59 (11.6)
Sí	451 (84.4)
Identidad Sexual	
Heterosexual	8 (1.6)
Gay	411 (80.7)
Otro	90 (17.7)
Lugar de reclutamiento	
Bar/Discoteca	366 (70.1)
Dating apps	124 (23.8)
Otro[e]	32 (6.1)

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

La tabla 26 muestra la frecuencia del uso de la profilaxis preexposición (PrEP) en hombres que tienen sexo con otros hombres entre los participantes de NHBS en el AME de San Juan, en el cual 30% reportó haber utilizado el medicamento en los pasados doce meses; mientras que el 70% reportó no haberlo utilizado.

Tabla 26: Uso del medicamento profilaxis preexposición (PREP) en HSH para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2023

Uso de PrEP	2023: N = 511 n (%)
PrEP	
No	262 (70.0)
Sí	112 (30.0)

La Tabla 27 presenta las características sociodemográficas en personas que se inyectan drogas (PID) para el séptimo ciclo de NHBS. Un total de 500 participantes fueron reclutados durante el séptimo ciclo de NHBS en el Área Metropolitana Estadística de San Juan. Del total de participantes, el 87.7% mencionó considerarse a sí mismo de género hombre. El grupo de edad más predominante es de 25 a 44 años, seguido de 50 a 59 años y por último el de 45 a 49 años con un 31.4%, 26.8% y 16.5%, respectivamente. Al menos un 82.3% de la muestra, mencionaron haber completado algunos años de escuela superior o haberse graduado de esta y un 17.4% mencionó tener algunos años de universidad, grado asociado o haberse graduado de la universidad. Casi tres partes de la muestra, el 69%, reportaron estar desempleado al momento de la entrevista y el 94.6% de los participantes mencionó tener un ingreso menor o igual a $14,999. En cuanto al Plan médico, el 70% reportó tener algún tipo de cobertura de salud. Mientras que, el 25.8% reportó haber estado encarcelado en los pasados 12 meses previo a la entrevista y el 79.4% reportó estar sin hogar al momento de la entrevista.

Tabla 27: Características sociodemográficos en PID para el Séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2024

Características	2024 N = 407 n (%)
Género	
Hombre	357 (87.7)
Mujer	44 (10.8)
No indica	6 (1.5)
Edad en entrevista (Media ± DE)	46.4 ± 10.7 años
18-24 años	3 (0.7)
25-34 años	51 (12.5)
35-44 años	128 (31.4)
45-49 años	67 (16.5)
50-59 años	109 (26.8)
≥ 60 años	49 (12.0)
Educación [d]	
Algunos años o graduado de escuela superior	335 (82.3)
Algunos años de universidad, grado asociado o graduado de universidad	71 (17.4)
Estudios de postgrado	1 (0.3)
Estatus de empleo	
No puede trabajar por motivos de salud	66 (18.6)
Desempleado	245 (69.0)
Otro[a]	44 (12.4)
Ingreso Anual[d]	
$0-$14,999	383 (94.6)
$15,000-$34,999	13 (3.2)
≥ $35,000	9 (2.2)
Plan de salud[d]	
No	118 (29.0)
Sí	285 (70.0)
Encarcelado, p12m[d]	
No	302 (74.2)
Sí	105 (25.8)
Actualmente sin hogar[d]	
No	84 (20.6)
Sí	323 (79.4)

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

La Tabla 28 presenta los tipos de drogas inyectables utilizadas en personas que se inyectan drogas (PID) durante los pasados doce meses previos a la entrevista para el séptimo ciclo de NHBS en el año 2024. La droga inyectable más utilizada durante los pasados 12 meses fue la heroína y cocaína juntas, conocido como "speedball", con un 86.5% de los participantes. Esto fue seguido por el uso de fentanilo y heroína sola con un 85.9% y 72.2% respectivamente. Durante los pasados 12 meses previo a la entrevista, el

uso de cocaína en polvo fue reportado un 57%, el uso de crack en un 33% y el uso de las metanfetaminas cristalina en un 26.8% por los participantes del estudio.

Tabla 28: Tipo de droga inyectable utilizada en PID durante los pasados 12 meses, para el séptimo ciclo de NHBS, AME San Juan 2024

Tipos de drogas inyectables	2024: N = 407 n (%)
Heroína y cocaína (speedball) en los p12m	
No	55 (13.5)
Sí	352 (86.5)
Heroína en los p12m[d]	
No	113 (27.8)
Sí	294 (72.2)
Cocaína en polvo en los p12m	
No	175 (43.0)
Sí	232 (57.0)
Crack en los p12m[d]	
No	273 (67.0)
Sí	134 (33.0)
Metanfetamina cristalina en los p12m[d]	
No	297 (73.2)
Sí	109 (26.8)
Fentanilo en los p12m[d]	
No	55 (14.1)
Sí	335 (85.9)

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

Área Metropolitana Elegible de San Juan

El AME de San Juan bajo la Parte A del Programa Ryan White se compone de 30 municipios localizados mayormente en el noreste de Puerto Rico, y representa aproximadamente el 52% de la población puertorriqueña (Ilustración 9).

Ilustración 9: Municipios pertenecientes al AME San Juan.

Municipios que componen el AME de San Juan: Aguas Buenas, Barceloneta, Bayamón, Canóvanas, Carolina, Cataño, Ceiba, Comerío, Corozal, Dorado, Fajardo, Florida, Guaynabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Loíza, Luquillo, Manatí, Morovis, Naguabo, Naranjito, Río Grande, San Juan, Toa Alta, Toa Baja, Trujillo Alto, Vega Alta, Vega Baja y Yabucoa.

Durante el periodo acumulado 1980 - 2024, un total de 31,263 residentes del AME de San Juan han sido diagnosticados con el VIH, representando el 59% del total de casos reportados en Puerto Rico (Gráfica 7).

El comportamiento histórico de los diagnósticos de VIH en el AME de San Juan presenta una tendencia general descendente desde principios de la década del noventa, lo que sugiere avances en las estrategias de prevención, diagnóstico temprano y accesibilidad a tratamiento antirretroviral para tratar la infección. Durante el periodo 2021 - 2024, el número de diagnósticos de VIH disminuyó aproximadamente un 20%. Por otro lado, la prevalencia de VIH se ha mantenido constante durante el mismo periodo.

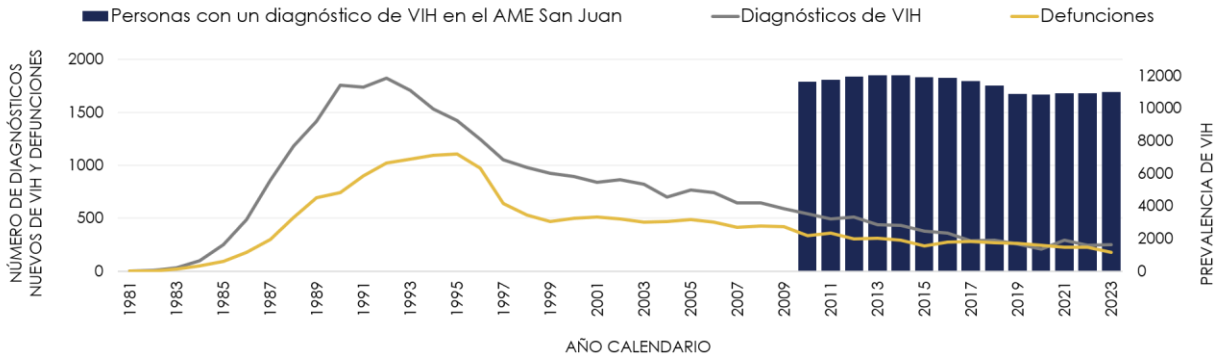
Tabla 29: Resumen de casos de VIH reportados, AME San Juan, 1981 – 2024

Año	Diagnósticos	Defunciones	Personas con diagnóstico
1981	2	1	—
1982	10	3	—
1983	35	18	—
1984	100	52	—
1985	250	92	—
1986	490	179	—
1987	855	300	—
1988	1182	506	—
1989	1416	696	—
1990	1758	745	—
1991	1735	903	—
1992	1822	1020	—
1993	1708	1056	—
1994	1530	1093	—
1995	1420	1107	—
1996	1243	971	—
1997	1053	638	—
1998	981	528	—
1999	927	471	—
2000	893	497	—
2001	842	510	—
2002	865	494	—
2003	823	465	—
2004	697	470	—
2005	769	490	—
2006	745	461	—
2007	647	417	—
2008	644	427	—
2009	588	418	—
2010	541	337	11637
2011	494	361	11735
2012	510	305	11928
2013	440	310	12021
2014	435	296	12016
2015	380	240	11911
2016	360	277	11871
2017	290	282	11670
2018	291	270	11396

Año	Diagnósticos	Defunciones	Personas con diagnóstico
2019	259	262	10872
2020	209	247	10842
2021	294	227	10902
2022	243	229	10909
2023	250	177	10980
2024	237	169	11005

Nota: Personas viviendo con VIH con residencia en San Juan disponible para el periodo 2010-2024.

Gráfica 7: Resumen de casos de VIH reportados en AME San Juan, 1981 - 2024



31,263
Casos de VIH reportados durante el periodo acumulado 1980 - 2024

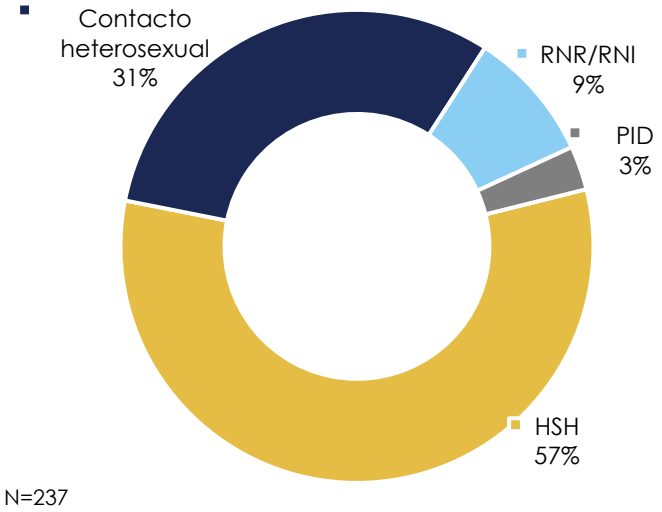
19,017
Defunciones de personas diagnosticadas con VIH durante el periodo acumulado 1980 – 2024

11,005
Número de personas residiendo en **AME San Juan** con un diagnóstico de VIH al final del año 2024

390
Niños (0 - 12 años) reportados con el VIH durante el periodo acumulado 1980 - 2024

En el año 2024, 237 residentes del AME San Juan fueron diagnosticados con el VIH, representando el 68.5% del total de diagnósticos de ese año. El sexo entre hombres sin protección fue el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia por los residentes del AME San Juan, seguido por el contacto heterosexual sin protección, 57.2% y 31.4%, respectivamente, lo que refleja patrones consistentes con la epidemiología observada a nivel de Puerto Rico (Gráfica 8).

Gráfica 8: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, AME San Juan, 2024



En el año 2024, la mayoría de los diagnósticos de VIH corresponden a las personas entre las edades 25 – 34 años. La distribución de diagnósticos por edad y sexo al nacer muestra que los hombres representan la mayor proporción de casos en todos los grupos de edades (Tabla 30).

Tabla 30: Distribución de adolescentes y adultos ≥13 años diagnosticados con el VIH, por grupo de edad y sexo al nacer, AME San Juan, 2024

Grupo de edad	Hombres (%)	Mujeres (%)
13–24	85.7	14.3
25–34	78.6	21.4
35–44	78.6	21.4
45–54	80.9	19.1
55–64	90.5	9.5
≥65	85.7	14.3

El análisis por modo de transmisión (Tabla 31) muestra que el contacto sexual entre hombres sin protección es el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia en el AME de San Juan (n=132). Entre los hombres, la proporción que atribuyó el VIH al contacto sexual entre hombres es mayor comparado a las demás categorías. Entre las mujeres, el contacto heterosexual continúa siendo la categoría predominante, representando la mayoría del total de casos (n=35).

Tabla 31: Diagnósticos nuevos de VIH, por modo de transmisión y sexo al nacer, AME San Juan, 2024

Modo de transmisión	Hombres	Mujeres	General
PID	5	1	6
Contacto heterosexual	44	35	79
HSH	132	0	132
HSH & PID	4	0	4
Riesgo no reportado / bajo investigación	10	6	16
Total	**195**	**42**	**237**

La Tabla 32 muestran que la distribución de diagnósticos por modo de transmisión y edad sigue un patrón semejante al observado en toda la jurisdicción. En los grupos de adolescentes y adultos 13 a 44 años predomina el contacto sexual entre hombres como modo de transmisión principal del VIH, mientras que en las personas de 45 años en adelante es más frecuente el contacto heterosexual.

Tabla 32: Diagnósticos nuevos de VIH, por modo de transmisión y edad al momento del diagnóstico, AME San Juan, 2024

Grupo de edad	HSH	Contacto heterosexual
13–24	23	8
25–34	52	17
35–44	28	15
45–54	16	17
55–64	11	11
≥65	2	11
Total	**132**	**79**

N=237
Fuente: Vigilancia VIH/SIDA, Sección de Vigilancia Epidemiológica, División de Epidemiología e Investigación

Nota: Los números presentados en la gráfica representan el número de casos de personas residiendo en el AME San Juan al momento del diagnóstico de VIH, según reportado hasta el 30 de junio del 2025.

No todos los municipios que componen el AME de San Juan tienen la misma carga de VIH. La Tabla 33 presenta los municipios con el mayor número de casos en el año 2024. Los residentes del municipio de San Juan representaron aproximadamente el 43% del total de casos en el AME de San Juan, seguido por los municipios de Bayamón, Carolina, Toa Baja y Guaynabo, y en conjunto, estos 5 municipios comprenden el 68% del total de casos.

Tabla 33: Municipios con el mayor número de diagnósticos de VIH, AME San Juan 2024

Municipio de residencia al momento del diagnóstico	Número de casos	Porciento	Tasa*
San Juan	101	42.6	27.6
Bayamón	20	8.4	12.7
Carolina	16	6.7	11.3
Toa Baja	14	5.9	11.1
Guaynabo	10	4.2	12.4
Vega Baja	9	3.8	20.6
Humacao	9	3.8	10.1
Manatí	7	2.9	18.1
Toa Alta	6	2.5	9.1
Vega Alta	5	2.1	14.4

Nota: Los municipios no presentados en la tabla tienen entre 0 y 4 casos nuevos de VIH en el 2024.

En el año 2024, 12.7% de los nuevos diagnósticos de VIH se encontraban en la Etapa 3 del VIH (Tabla 34). Los hombres (13.8%), las personas entre 45 a 54 años (22.5%), y los hombres que atribuyeron el VIH al contacto heterosexual (20.5%), tuvieron la proporción más alta de diagnósticos tardíos de VIH.

Tabla 34: Diagnósticos tardíos de VIH de adultos y adolescentes ≥13 años, por características demográficas y modo de transmisión, AME San Juan, 2024

Características demográficas / modo de transmisión	Número de diagnósticos de VIH	Número de diagnósticos tardíos	Porciento de diagnósticos tardíos
Sexo al nacer			
Hombres	195	27	13.8%
Mujeres	42	3	7.1%
Edad			
13–24	34	2	5.9%
25–34	74	5	6.8%
35–44	50	7	14.0%
45–54	40	9	22.5%
≥55	39	7	17.9%
Modo de transmisión			
HSH	132	12	9.1%
Contacto heterosexual (mujeres)	35	3	8.6%
Contacto heterosexual (hombres)	44	9	20.5%
General	237	30	12.7%

Nota: Un diagnóstico tardío de VIH se define como la progresión del VIH a la Etapa 3 durante los primeros tres meses posteriores al diagnóstico inicial del VIH.

Durante el periodo 2020–2024, el contacto sexual entre hombres se mantiene como el modo de transmisión principal del VIH en el AME de San Juan. Durante el periodo 2021 – 2024, los diagnósticos de VIH por modo de transmisión y sexo muestran una tendencia descendente entre los hombres que tienen sexo con hombres n=-30), hombres que se inyectan drogas y hombres heterosexuales siendo la categoría de mujeres heterosexuales quienes experimentaron la disminución mayor (n=-28) (Tabla 35).

Tabla 35: Diagnósticos VIH por modo de transmisión y sexo al nacer, AME San Juan, 2020 – 2024

Modo de transmisión	2020	2021	2022	2023	2024
HSH	135	162	130	155	132
Contacto heterosexual (mujeres)	22	63	42	44	35
Contacto heterosexual (hombres)	27	46	34	42	44
Personas que se inyectan drogas	11	8	15	6	6
HSH & PID	3	2	3	0	4
Otro / RNR / RNI	11	12	19	3	16
Total	**209**	**293**	**243**	**250**	**237**

La distribución de los diagnósticos de VIH por grupo de edad en el AME de San Juan durante el periodo 2020–2024 (Tabla 36) evidencia que los adultos jóvenes, particularmente aquellos entre 25 a 34 años, continúan representando la mayor proporción de casos anualmente, seguido por las personas entre los 35 a 44 años. Durante el periodo 2021-2024, todos los grupos de edades experimentaron una disminución en el número de nuevos diagnósticos comparado con años previos (2021-2023).

Tabla 36: Diagnósticos VIH por grupo de edad al momento del diagnóstico de VIH, AME San Juan, 2020 – 2024

Grupo de edad	2020	2021	2022	2023	2024
13–24	32	41	27	27	34
25–34	59	79	79	86	74

Grupo de edad	2020	2021	2022	2023	2024
35–44	50	70	56	52	50
45–54	37	52	43	43	40
55–64	25	29	23	29	25
≥65	6	22	15	13	14
Total	**209**	**293**	**243**	**250**	**237**

En el año 2024 en el AME de San Juan, el 69.6% de las personas fueron enlazadas a cuidado médico dentro de los primeros 30 días posteriores al diagnóstico de VIH. Durante el periodo 2020 – 2024, el enlace a cuidado médico en el AME de San Juan presenta fluctuaciones en el porcentaje de personas enlazadas dentro de los primeros 30 días. Estos cambios pueden indicar diferencias en el acceso a la atención médica de las distintas poblaciones mayormente afectadas y en la capacidad del sistema para responder oportunamente a los nuevos diagnósticos (Tabla 37).

Tabla 37: Proporción de personas enlazadas a cuidado médico durante los primeros 30 días luego del diagnóstico de VIH, AME San Juan, 2020 - 2024

Año	Enlace a cuidado médico ≤30 días (%)
2019	64.6
2020	66.2
2021	71.8
2022	69.1
2023	64.0
2024	69.6

PREVALENCIA DE VIH, AME SAN JUAN

Al cierre del año 2024, aproximadamente 11,005 personas con diagnóstico positivo al VIH residían en el AME San Juan, representando aproximadamente dos terceras partes del total de personas con un diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico. La tabla 38 presenta la distribución de casos por sexo al nacer, grupo de edad y modo de transmisión. Los grupos de mayor número y proporción de casos son los hombres (71.1%), personas de 55 años o más (57.2%), los hombres que tienen sexo con otros hombres (34.4%) y las mujeres heterosexuales (22.3%) (Tabla 38).

Tabla 38: Distribución de personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en el AME San Juan al final del año 2024, por sexo al nacer, edad y modo de transmisión

Características demográficas / modo de transmisión	Número	Porciento
Sexo al nacer		
Hombres	7826	71.1%
Mujeres	3179	28.9%
Edad		
13–24	86	0.8%
25–34	878	8.0%
35–44	1578	14.3%
45–54	2165	19.7%
55–64	3466	31.5%
≥65	2832	25.7%
Modo de transmisión		
HSH	3791	34.5%

Características demográficas / modo de transmisión	Número	Porciento
Contacto heterosexual (mujeres)	2456	22.3%
PID (hombres)	1805	16.4%
Contacto heterosexual (hombres)	1604	14.6%
PID (mujeres)	581	5.3%
HSH & PID	390	3.5%
Total	**11005**	**100.0%**

La Tabla 39 presenta la prevalencia del VIH en adolescentes y adultos ≥13 años en el AME San Juan al final del 2024. Al igual que ocurre con los diagnósticos nuevos, el impacto del VIH es mayor en los municipios de San Juan (38.2%), Bayamón (11%), Carolina (8.6%), Toa Baja (4.4) y Guaynabo (4.4%). Estos 5 municipios tienen la proporción más alta de residentes diagnosticadas con el VIH, representando en conjunto el 68.8% del total de casos del AME.

Tabla 39: Personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en el AME de San Juan, 2024

Municipio	Número	Porciento
San Juan	4200	38.2
Bayamón	1214	11.0
Carolina	944	8.6
Toa Baja	486	4.4
Guaynabo	461	4.4
Trujillo Alto	298	2.7
Vega Baja	282	2.6
Humacao	262	2.4
Canóvanas	220	2.0
Toa Alta	210	1.9
Vega Alta	207	1.9
Río Grande	206	1.9
Fajardo	202	1.8
Cataño	185	1.7
Juncos	184	1.7
Manatí	171	1.6
Loíza	170	1.5
Dorado	139	1.3
Yabucoa	116	1.1
Las Piedras	108	1.0
Corozal	98	0.9
Luquillo	91	0.8
Barceloneta	86	0.8
Naranjito	83	0.8
Morovis	83	0.8
Naguabo	80	0.7
Aguas Buenas	76	0.7
Comerío	59	0.5
Ceiba	56	0.5

Municipio	Número	Porciento
Florida	28	0.3
Total	**11005**	**100.0**

Al cierre del año 2024, 58.4% de las personas con un diagnóstico positivo al VIH residiendo en el AME San Juan se encontraba recibiendo cuidado médico para tratar el VIH, 42.5% se encontraba retenido en cuidado médico y el 51.8% había alcanzado la supresión viral (Tabla 40). Por su parte, los datos publicados por HRSA para 2024 reflejan porcentajes mayores con 91.9% retenido en cuidado médico y 93.4% con supresión viral (Tablas 42 y 43).

Tabla 40: Continuo de la atención del VIH, AME San Juan, 2024

Indicador	Número	Porciento
Personas con un diagnóstico de VIH residiendo en el AME San Juan	10,908	100.0
En cuidado médico	6,369	58.4
Retenidos en cuidado médico	4,631	42.5
Carga viral suprimida	5,655	51.8

Tabla 41: Clientes de los Programas Ryan White (no ADAP) en AME San Juan

2020	2021	2022	2023	2024
7,057	7,851	6,839	7,110	7,843

Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2020-2024.

Tabla 42: Retención en cuidado en el AME San Juan

2020		2021		2022		2023		2024	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5,011	90.5	5,775	90.3	5,317	90.8	5,530	92.1	5,954	91.9

Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2020-2024.

Tabla 43: Supresión viral en el AME San Juan

2020		2021		2022		2023		2024	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
4,984	90.3	5,966	91.1	5,461	91.2	5,745	92.8	6,114	93.4

Fuente: Ryan White HIV/AIDS Program Annual Client-Level Data Report 2020-2024.

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

Proveedores y servicios - El Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR), es la agencia responsable de todos los asuntos relacionados con la salud, sanidad y bienestar, en virtud de la Ley Núm. 81-1912, según enmendada y las disposiciones de la Sección 5 y 6 de la Constitución de Puerto Rico del 25 de julio de 1952. El Departamento establece la política pública en salud, supervisa a los proveedores de servicios de salud en Puerto Rico y vela por que se cumplan las reglas para el bienestar general de la población. Además, es responsable de la salud física y mental de las personas que residen en Puerto

Rico. La misión del Departamento es propiciar y conservar la salud como condición indispensable para que cada ser humano disfrute del bienestar físico, emocional y social que le permita el pleno disfrute de la vida y contribuir así al esfuerzo productivo y creador de la sociedad. Además, conforme a la Ley Núm. 11-1976, según enmendada, Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico, todas las funciones relacionadas a los organismos a cargo de la regulación de las profesiones relacionadas a la salud Puerto Rico fueron transferidas al Departamento de Salud.

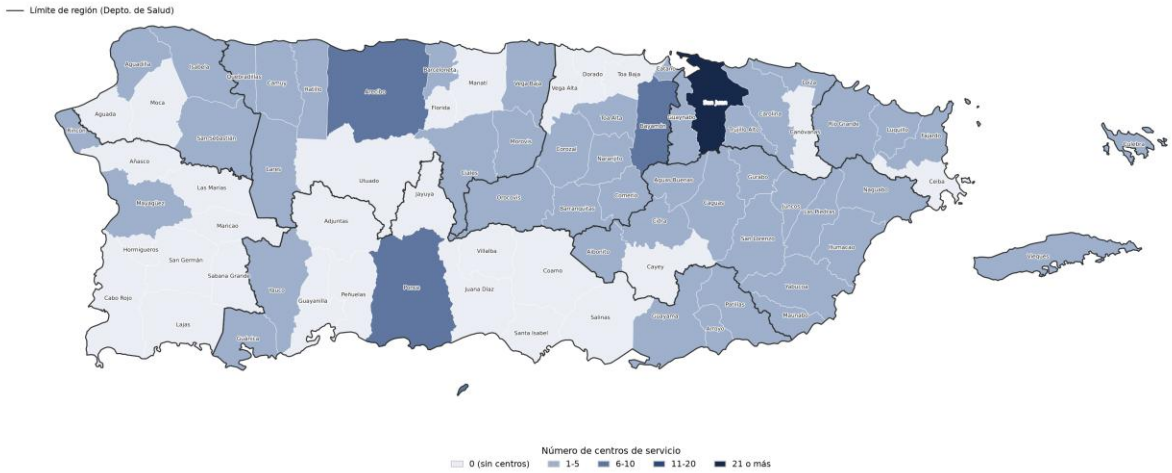
A base de ese marco normativo, el Departamento de Salud de Puerto Rico es la agencia responsable de la vigilancia de los casos de VIH y de desarrollar e implementar las políticas públicas relacionadas al tema. Para atender esta área de responsabilidad, la agencia cuenta con el Programa de Medicaid, el cual establece los lineamientos para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno para los beneficiarios con un diagnóstico positivo al VIH conforme al PR Medicaid State Plan; la División de Epidemiología e Investigación y su Sistema de Vigilancia VIH; y la Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral (SASSI), la cual cuenta con la División de Prevención y Control de Enfermedades bajo la cual está la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles (SPCEIT) desde la que se ofrecen los servicios de Prevención y Tratamiento del VIH. Esta última unidad operacional cuenta con las siguientes estructuras organizacionales o programas para proveer los servicios de cuidado y prevención del VIH: Programa de Prevención ITS/VIH/Hepatitis Virales; Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles; Programa Ryan White Parte B/ADAP; Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con VIH/SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés); y Programa para el Control de la Tuberculosis.

Este andamiaje de servicios que provee el estado a través del DSPR es complementado por la labor de diversas agencias gubernamentales, entidades sin fines de lucro y entidades privadas, que proveen servicios vinculados a la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en Puerto Rico, así como servicios de apoyo.

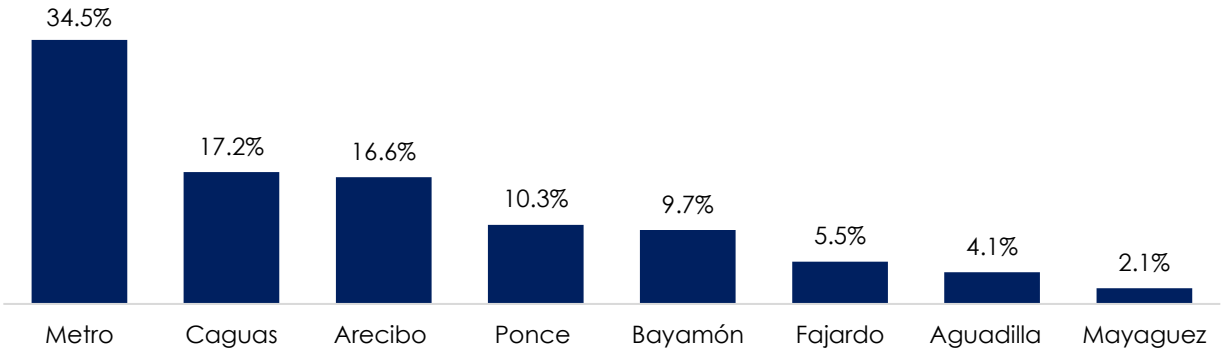
Según el inventario de proveedores de servicios de VIH realizado para el proceso de planificación integrada, se identificaron 118 entidades proveedoras de servicios que en conjunto operan 145 centros a través de Puerto Rico. De estos, 110 corresponden a centros de servicio directo. Entre los 110 centros de servicio directo, nueve de cada diez (90.3%) ofrecen servicios vinculados al cuidado y tratamiento del VIH, incluyendo servicios clínicos, laboratorios y otros servicios de cuidado y apoyo; algo más de una quinta parte 22.1% ofrece servicios de prevención y una proporción similar (20.7%), provee servicios de salud mental o de tratamiento por uso de sustancias.

La distribución geográfica de los centros de servicios evidencia una concentración significativa en la Región de Salud Metro, donde se ubica el 34.5% de los proveedores identificados. Le siguen las regiones de Caguas (17.2%), Arecibo (16.6%), Ponce (10.3%) y Bayamón (9.7%). En contraste, las regiones de Fajardo, Aguadilla y Mayagüez cuentan con una menor concentración de proveedores, lo que podría representar desafíos en términos de acceso y disponibilidad de servicios para las poblaciones residentes en estas áreas.

Ilustración 10: Entidades y centros que proveen servicios vinculados al VIH en Puerto Rico



Gráfica 9: Distribución de centros o facilidades de servicio por región del DSPR



Fuentes de fondos y servicios que se proveen - La tabla que se presenta a continuación incluye una descripción de los recursos financieros disponibles en la jurisdicción, provenientes del gobierno federal, el gobierno local y fundaciones, así como los servicios que se proveen a través de estos.

Descripción de los fondos			Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	**Programa**	**Servicios brindados a través de los fondos**	**Vigilancia**	**Prevención**	**Diagnóstico**	**Enlace a cuidado**	**Retención en cuidado**	**Cuidado**	**Supresión de carga viral**	**Servicios de apoyo**
CDC	HIV Prevention Activities, Non-Governmental Organization Based	Apoya a organizaciones sin fines de lucro en el desarrollo de programas comunitarios de prevención del VIH y fomenta la coordinación entre organizaciones comunitarias, proveedores de prevención y educación, agencias de salud pública y programas relacionados con el uso de sustancias.								
CDC	HIV Prevention Activities Health Department Based	Dirigidos a apoyar, implementar y evaluar programas de prevención del VIH, implementados por el Estado. Particularmente, priorizar la prevención del VIH de alto impacto.								

Descripción de los fondos			Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	**Programa**	**Servicios brindados a través de los fondos**	**Vigilancia**	**Prevención**	**Diagnóstico**	**Enlace a cuidado**	**Retención en cuidado**	**Cuidado**	**Supresión de carga viral**	**Servicios de apoyo**
CDC	Epidemiologic Research Studies of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Selected Population Groups	Provee fondos para la investigación epidemiológica del VIH.								
CDC	Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome (AIDS) Surveillance	A través de este programa se establece un sistema de vigilancia biológica de comportamiento entre las poblaciones de alto riesgo en las áreas estadísticas metropolitanas con mayor prevalencia del VIH en los EE. UU.								
CDC	Viral Hepatitis Prevention and Control	Provee fondos para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del Hepatitis Viral, así como para la diseminación de información para entender las tendencias y desarrollar intervenciones de prevención y salud para responder a las HV.								
CDC	Strengthening STD Prevention and Control for Health Departments (STD PCHD)	Apoya estrategias para prevenir y controlar la clamidia, la gonorrea y la sífilis, la reducción de las complicaciones asociadas a las ITS y la atención de brotes.								
CDC	DIS Workforce Development	Busca fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes mediante la ampliación y capacitación de la fuerza laboral de salud pública.								
CDC	Integrated HIV Programs for Puerto Rico Department of Health to Support Ending the HIV Epidemic in San Juan, Puerto Rico	Asegurar la coordinación e implementación del plan nacional para la Eliminación de VIH en Puerto Rico.								
HRSA	HIV Emergency Relief Project Grants (Ryan White Parte A)	Proveer asistencia financiera directa a las zonas metropolitanas elegibles (EMA) y zonas de subvenciones transitorias (TGA's) que han sido más gravemente afectados por la epidemia del VIH con el propósito de mejorar el acceso a un cuidado continuo, integral, eficaz, rentable y de alta calidad.								
HRSA	Ending the HIV Epidemic: A Plan for America — Ryan White HIV/AIDS Program Parts A	Provee fondos aplicar estrategias, intervenciones, enfoques y servicios eficaces e innovadores para alcanzar los objetivos de la iniciativa EHE.								
HRSA	HIV Care Formula Grants B/ADAP, Parte B Suplementaria / ADAP ERF)	Servicios clínicos y de apoyo dirigidos a promover el acceso al tratamiento, la continuidad del cuidado, la adherencia a tratamiento y el								

Descripción de los fondos			Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	**Programa**	**Servicios brindados a través de los fondos**	**Vigilancia**	**Prevención**	**Diagnóstico**	**Enlace a cuidado**	**Retención en cuidado**	**Cuidado**	**Supresión de carga viral**	**Servicios de apoyo**
		bienestar integral de las personas con diagnóstico positivo al VIH.								
HRSA	Grants to Provide Outpatient Early Intervention Services with Respect to HIV Disease (Ryan White Parte C)	Proveer cuidado continuo primario e integral para el VIH de forma ambulatoria. Esto incluye: 1) Intervención Temprana (que puede incluir consejería, pruebas y referidos para VIH); 2) evaluación médica y cuidado clínico; 3) otros servicios de atención primaria; 4) referidos a otros servicios de salud.								
HRSA	Coordinated HIV Services and Access to Research for Women, Infants, Children, and Youth (Ryan White Parte D)	Proveer cuidado médico primario centrado en la familia y servicios de apoyo para las mujeres, infantes, niños(as) y jóvenes con diagnóstico positivo de VIH.								
HRSA	RWHAP Part F Dental Reimbursement Program (DRP) Grant Awards	Programa de reembolso de servicios dentales								
HUD	Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA) – Asignación al estado	El programa tiene la encomienda a través del Cuidado Continuo ("Continuum of Care") bajo los fondos HOPWA de coordinar, establecer e implementar servicios en Asistencia en Vivienda complementando con Servicios de Apoyo.								
HUD	Housing Opportunities for Persons with AIDS (HOPWA) – Asignación Municipio de San Juan	El programa tiene la encomienda a través del Cuidado Continuo ("Continuum of Care") bajo los fondos HOPWA de coordinar, establecer e implementar servicios en Asistencia en Vivienda complementando con Servicios de Apoyo.								
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Projects of Regional and National Significance - Minority Serving Institutions (MSIs) Partnerships with Community-Based Organizations (CBOs)	Busca prevenir y reducir el uso de sustancias y la transmisión del VIH entre poblaciones en riesgo, particularmente jóvenes adultos hispanos/latinos de 18 a 24 años. Para ello, promueve alianzas entre instituciones al servicio de minorías (MSI) y organizaciones comunitarias para ofrecer intervenciones integradas de prevención del uso de sustancias, hepatitis C y VIH.								
Asignaciones del Estado *	Varios	Servicios de vigilancia, prevención, tratamiento y servicios de apoyo, provistos a través de agencias del Gobierno Estatal.								
Asignación Estatal	Cuidado Diurno y servicios a Deambulantes	Auspicio a OBC para la provisión de servicios albergue, vivienda transitoria, cuidado diurno, servicios de cernimiento de VIH y reducción de daños. Así como servicios de								

Descripción de los fondos			Áreas que atiende y relación con el continuo de cuidado							
Fuente de fondos	Programa	Servicios brindados a través de los fondos	Vigilancia	Prevención	Diagnóstico	Enlace a cuidado	Retención en cuidado	Cuidado	Supresión de carga viral	Servicios de apoyo
Funda ciones	Programas de donativos de fundaciones privadas	intervenciones de prevención y tratamiento para poblaciones especiales. Proveen asignaciones no recurrentes, a organizaciones sin fines de lucro principalmente para servicios de apoyo.								

a. Análisis de fortalezas y brechas de prevención y el continuo de cuidado

El inventario de recursos realizado para el Plan Integrado evidencia que Puerto Rico cuenta con una infraestructura amplia de servicios de vigilancia, prevención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH. Esta red incluye programas financiados por los CDC, HUD y las distintas Partes del Programa Ryan White, centros de salud primaria, organizaciones comunitarias, proveedores de salud conductual, programas de vivienda y otras entidades públicas y privadas. En conjunto, se identificaron 118 entidades que operan 145 centros o facilidades a través de las cuales brindan servicios enfocados en VIH, distribuidos en 48 municipios.

Entre las fortalezas principales del sistema se encuentra la disponibilidad de intervenciones a lo largo de todo el continuo de prevención y atención, incluyendo vigilancia epidemiológica, pruebas de VIH, estrategias de prevención basadas en evidencia, acceso a tratamiento antirretroviral, servicios clínicos, manejo de casos, clínico y no clínico, apoyo psicosocial y diversos servicios de apoyo orientados a promover la retención en cuidado y la supresión viral. Asimismo, existen mecanismos de coordinación entre los programas de vigilancia, prevención y tratamiento que facilitan la integración y continuidad de los servicios.

No obstante, el análisis identificó importantes desigualdades en la distribución y accesibilidad de los recursos. Aunque la mayoría de los servicios esenciales están disponibles a nivel de la jurisdicción, una proporción significativa de los servicios especializados y de apoyo continúa concentrándose en el Área Metropolitana de San Juan y otras zonas urbanas. Incluso en el área geográfica del AME, se observa que – a medida que se aleja de San Juan y Área Metropolitana – disminuye la concentración de servicios. Como resultado, las personas residentes en municipios rurales, regiones alejadas y municipios isla enfrentan mayores barreras relacionadas con transportación, disponibilidad de proveedores y acceso a servicios especializados.

También se identificaron brechas en áreas importantes para el continuo de atención, particularmente en servicios de salud mental, salud oral, tratamiento para trastornos por uso de sustancias, rehabilitación, vivienda y otros apoyos dirigidos a atender los determinantes sociales de la salud. Del mismo modo, persisten limitaciones en la capacidad para satisfacer la demanda de servicios de vivienda, asistencia alimentaria, utilidades y transportación.

En el área de prevención, los hallazgos evidencian oportunidades para fortalecer el acceso y la utilización de PrEP y PEP, promover la integración de pruebas rutinarias de

VIH en escenarios clínicos, mejorar el seguimiento asociado a las autopruebas y ampliar el acceso a nuevas modalidades preventivas, incluyendo antirretrovirales inyectables. Asimismo, se identificaron barreras relacionadas con procesos administrativos, criterios de elegibilidad, capacitación de proveedores y persistencia del estigma.

Finalmente, de acuerdo con este análisis y la opinión de los grupos consultados, se identifican las personas que utilizan sustancias, las personas sin hogar, los hombres que tienen sexo con hombres, la juventud, los adultos mayores, las personas residentes en áreas rurales y quienes enfrentan barreras económicas o sociales como grupos que continúan experimentando dificultades desproporcionadas para acceder y beneficiarse plenamente de los servicios disponibles.

b. Acercamientos y colaboradores

Para desarrollar el inventario de recursos de prevención, atención y tratamiento del VIH en Puerto Rico, se utilizó un enfoque multimétodo que combinó la revisión de información programática existente con la consulta a proveedores y otros actores clave del sistema de servicios.

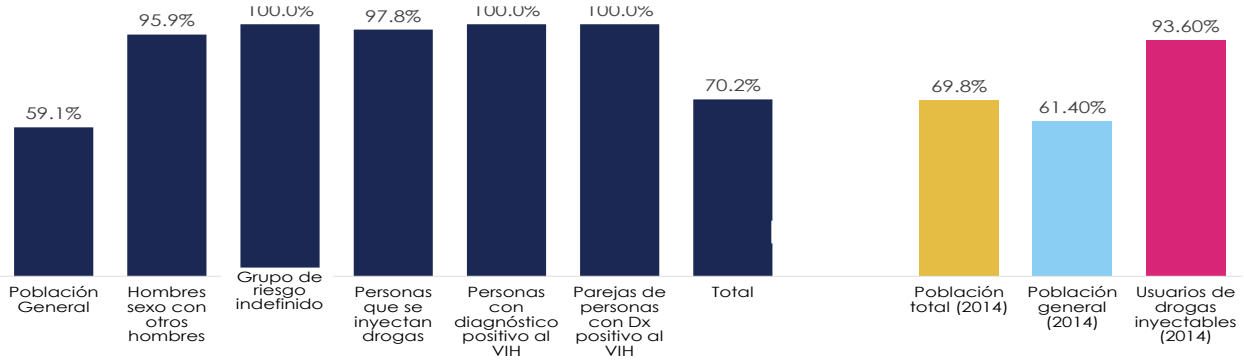
Como parte de este proceso, se revisaron los directorios de proveedores del Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales del Departamento de Salud, el Programa Ryan White Parte B/ADAP, el Programa Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible de San Juan y el directorio de proveedores del Proyecto Ties, desarrollado para la iniciativa *Ending the HIV Epidemic* (EHE). Esta información se complementó con la búsqueda de directorios públicos de subrecipientes de HOPWA, de los Centros de Salud 330 y de los recipientes de fondos Ryan White Parte C, así como con el directorio de laboratorios de pruebas especializadas que publica el Programa Ryan White Parte B/ADAP y los directorios de proveedores de tratamiento por uso de sustancias. La información fue complementada con los insumos obtenidos durante los talleres de planificación integrada, en los que participaron proveedores de servicios, organizaciones comunitarias, agencias gubernamentales, personas con diagnóstico positivo al VIH y otros colaboradores vinculados a la respuesta al VIH. Estas fuentes permitieron validar la capacidad de prestación de servicios existente, identificar fortalezas y brechas, y evaluar oportunidades para fortalecer la coordinación entre los sistemas de prevención, atención y tratamiento. El proceso también facilitó la incorporación de nuevos colaboradores, incluyendo organizaciones que atienden a personas sin hogar, proveedores de salud conductual y tratamiento por uso de sustancias, y otras entidades que contribuyen a atender los determinantes sociales de la salud.

4. AVALÚO DE NECESIDADES

Servicios de pruebas y prevención del VIH - El diagnóstico temprano constituye uno de los componentes esenciales de la respuesta al VIH, al representar el punto de entrada al continuo de atención y la prevención. Aunque Puerto Rico ha logrado avances importantes en la disponibilidad de pruebas de VIH y en la diversificación de los escenarios donde estas se ofrecen, los hallazgos del Avalúo de Necesidades de Prevención del Departamento de Salud y del proceso de planificación integrada 2027-2031 evidencian brechas que persisten en el acceso, utilización y seguimiento de los servicios de detección. Los datos epidemiológicos más recientes estiman que

aproximadamente el 8.4% de las personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico desconocen su diagnóstico. Asimismo, aunque la mayoría de las personas participantes del avalúo indicó haberse realizado una prueba de VIH alguna vez, se observaron diferencias importantes entre grupos poblacionales, siendo la población general la que reportó menores niveles de utilización.

Gráfica 10: Personas que se han hecho alguna vez la prueba de VIH



Fuente: Avalúo de Necesidades de Prevención del VIH, (DSPR, 2023-2024)

Entre las personas que nunca se habían realizado una prueba, las razones más frecuentes estuvieron relacionadas con una baja auto percepción de riesgo, incluyendo la creencia de que la prueba no era necesaria, la ausencia de conductas percibidas como riesgosas o el hecho de mantener una sola pareja sexual. Los participantes de los talleres también identificaron barreras adicionales, tales como el estigma asociado al VIH y a la sexualidad, la limitada incorporación de pruebas rutinarias en algunos entornos clínicos, la falta de capacitación de algunos proveedores de salud y la ausencia de mecanismos uniformes de navegación y seguimiento para las personas que acceden a los servicios. Los hallazgos también evidencian oportunidades para fortalecer las estrategias dirigidas a mantener a las personas VIH negativas mediante un acceso más amplio a servicios integrados de prevención. En esa dirección, entre las necesidades identificadas se encuentran la expansión de PrEP y PEP, la integración de las pruebas de VIH con los cernimientos de infecciones de transmisión sexual y hepatitis virales, la distribución de condones y otros métodos preventivos, y el fortalecimiento de campañas educativas y actividades de movilización comunitaria. En particular mencionaron el uso de autopruebas de VIH, reconocidas como una herramienta valiosa para ampliar el acceso entre poblaciones que enfrentan barreras de confidencialidad, estigma o acceso geográfico. Sin embargo, los participantes señalaron, también, la necesidad de fortalecer los mecanismos de orientación, reporte de resultados y seguimiento para garantizar el acceso oportuno a servicios de prevención o tratamiento.

Por otro lado, durante las conversaciones con los grupos de actores de interés se profundizó en las disparidades geográficas. De acuerdo con las personas que participaron del proceso de planificación, una parte importante de la infraestructura de prevención continúa concentrándose en el área metropolitana de San Juan, mientras que las comunidades rurales y municipios alejados enfrentan mayores barreras relacionadas con la disponibilidad de servicios, la transportación y el acceso a proveedores especializados.

A partir de estos hallazgos, se identificó la necesidad de fortalecer las pruebas rutinarias de VIH en escenarios clínicos, ampliar las pruebas comunitarias y móviles, aumentar el

acceso a autopruebas con mecanismos efectivos de seguimiento, expandir los servicios de PrEP y PEP, integrar las pruebas de VIH con otros servicios de salud sexual y reforzar los procesos de navegación y enlace temprano al cuidado. En un ejercicio que buscaba priorizar los servicios por nivel de importancia para el diagnóstico y prevención del VIH, los participantes de los talleres otorgaron alta prioridad a los servicios de enlace temprano a tratamiento, las pruebas rutinarias de VIH, la prevención perinatal, las campañas educativas, la movilización comunitaria y el acceso a PrEP y PEP, reafirmando la importancia de mantener un enfoque integrado entre diagnóstico, prevención y vinculación temprana a los servicios. Algunos participantes señalaron otros servicios que tienen alto nivel de importancia, siendo el más mencionado los de salud mental.

Gráfica 11: Nivel de importancia de los distintos servicios vinculados al diagnóstico y prevención del VIH

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

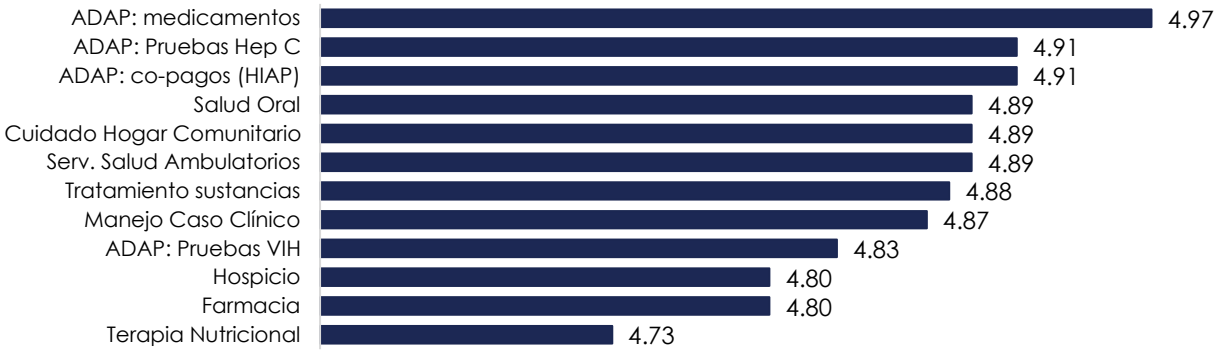
Servicios de cuidado y tratamiento - De acuerdo con los avalúos de necesidades realizados para los Programas Ryan White Parte A y Ryan White Parte B/ADAP, mantener a las personas con diagnóstico positivo al VIH vinculadas al cuidado y lograr la supresión viral requiere una combinación de servicios clínicos y de apoyo que atiendan tanto las necesidades médicas como los determinantes sociales que inciden sobre la continuidad del tratamiento. Los hallazgos de ambos avalúos reflejan que, aunque Puerto Rico cuenta con una red de servicios clínicos sólida y con altos niveles de acceso al tratamiento antirretroviral, la permanencia en cuidado depende de la capacidad del sistema para ofrecer servicios integrados que faciliten la adherencia, reduzcan barreras de acceso y respondan a las necesidades cambiantes de la población.

Los resultados del avalúo de necesidades de Ryan White Parte B/ADAP plantean como los servicios relacionados con el acceso continuo a medicamentos antirretrovirales, el seguimiento clínico, la coordinación de servicios y el monitoreo de la salud continúan siendo componentes esenciales para sostener la retención en cuidado y la supresión viral. Asimismo, el avalúo del Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan identificó como prioritarios los servicios de salud ambulatorios, el manejo de casos clínico, la salud mental, la salud oral, el tratamiento para el uso de sustancias y la asistencia en

medicamentos, destacando que las necesidades clínicas se encuentran estrechamente vinculadas a factores económicos, sociales y conductuales que pueden afectar la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, los hallazgos de los grupos de discusión durante el proceso de planificación integrada realizados como parte del proceso de planificación del Plan Integrado 2027-2031 refuerzan estas conclusiones. Las personas participantes coincidieron en que todos los servicios clínicos evaluados son importantes o muy importantes para mantener a las personas vinculadas al cuidado y alcanzar la supresión viral. Entre los servicios clínicos que obtuvieron las puntuaciones promedio más altas de importancia se encuentran el Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (ADAP), con una puntuación promedio de 4.97 en una escala de cinco puntos; las pruebas relacionadas con hepatitis C y los programas de asistencia para copagos (HIAP) y costos compartidos (4.91 cada uno); los servicios de salud oral, los servicios de salud ambulatorios y el cuidado de salud basado en el hogar y la comunidad (4.89 cada uno); el tratamiento ambulatorio para el uso de sustancias (4.88); el manejo de casos clínico (4.87); ADAP: pruebas de VIH (4.83); los servicios de farmacia y hospicio (4.80); y la terapia nutricional médica (4.73).

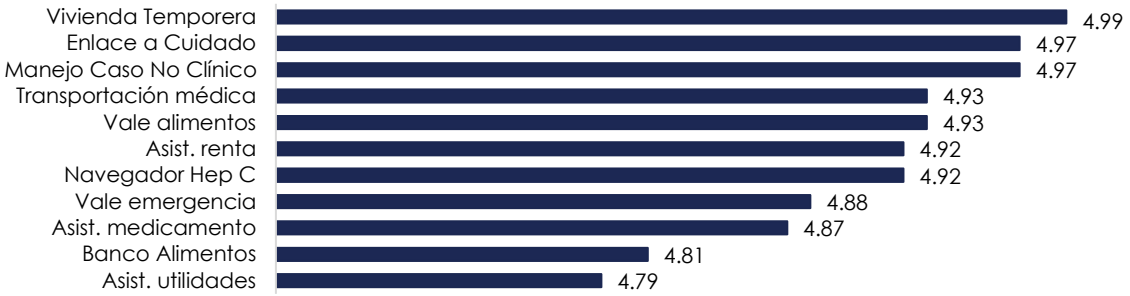
Gráfica 12: Nivel de importancia de los servicios clínicos vinculados al tratamiento del VIH.



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

De igual forma, los grupos de discusión resaltaron la importancia de los servicios de apoyo para sostener la participación continua en cuidado. Los servicios de apoyo con la valoración más alta incluyeron la vivienda temporera (4.99), los servicios de enlace a cuidado (4.97), el manejo de casos no clínico (4.97), la transportación médica (4.93), los vales de alimentos (4.93), la asistencia para renta (4.92), los servicios de navegación para hepatitis C (4.92), los vales de emergencia (4.88), la asistencia relacionada con medicamentos (4.87), los bancos de alimentos (4.81) y la asistencia para el pago de utilidades (4.79). Estos resultados reflejan el reconocimiento de que la estabilidad económica y social constituye un componente indispensable para la adherencia al tratamiento y la retención en cuidado.

Gráfica 13: Nivel de importancia de los servicios de apoyo vinculados al tratamiento del VIH



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

El análisis integrado de los avalúos de necesidades de Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan, Ryan White Parte B/ADAP y los resultados del primer taller de planificación permitió identificar áreas de convergencia que reflejan las principales necesidades relacionadas con la retención en cuidado y la supresión viral en Puerto Rico. Al triangular estos resultados se observa que, además de los servicios clínicos especializados, existen determinantes sociales y barreras estructurales que continúan afectando la capacidad de las personas con diagnóstico positivo al VIH para mantenerse vinculadas al cuidado y beneficiarse plenamente del tratamiento.

Ilustración 11: Áreas de necesidades prioritarias identificadas en los avalúos de necesidad y la consulta con los grupos de interés como parte del proceso de planificación integrada

	Puerto Rico		AME San Juan	
	Los 10 servicios con mayor necesidad de acuerdo con el Avalúo de Necesidad RWPB	Servicios con las brechas mayores de disponibilidad de acuerdo con la primera sesión de talleres	Los 10 servicios solicitados, pero no recibidos con mayor frecuencia, según el avalúo de necesidades	Servicios con las brechas mayores de disponibilidad de acuerdo con la primera sesión de talleres
1	Espejuelos	Vivienda temporera	Servicios de salud oral	Banco de Alimentos
2	Servicios de salud oral	Banco de alimentos	Banco de Alimentos / Comidas Entregadas al Hogar	Vivienda temporera
3	Evaluación visual	Asistencia de renta	Asistencia Financiera de Emergencia	Transportación médica
4	Ayuda económica para el pago de la energía eléctrica	Asistencia de utilidades	Servicios de Vivienda	Asistencia en utilidades
5	Ayuda económica para el pago del agua	Vale de Alimentos	Transportación médica	Vales de emergencia
6	Vales de alimento	Vale de emergencia	Apoyo Psicosocial/ Servicios de Salud/ Basados en el Hogar y la Comunidad	Vales de alimento
7	Vales de emergencia	Asistencia de Medicamentos	Servicios de Salud Mental	Asistencia en medicamentos
8	Ayuda Económica para el pago de renta	Hospicio	Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar	Asistencia de renta
9	Suplementos nutricionales	Salud Oral	Terapia de Nutrición Médica	Hospicio
10	Ayuda económica para el pago del gas	Tratamiento de sustancias	Servicios de Salud Ambulatorios	Salud Oral

Áreas de mayor convergencia en las fuentes consultadas

1. **Vivienda y estabilidad residencial.**
2. **Seguridad alimentaria y apoyo nutricional.**
3. **Asistencia económica para necesidades básicas (utilidades, renta y emergencias).**
4. **Servicios integrales de salud, con énfasis en salud oral, salud mental y apoyo psicosocial.**
5. **Accesibilidad y continuidad del cuidado, incluyendo transportación médica, servicios con base en el hogar y apoyo para medicamentos.**

Nota: las categorías están basadas en un análisis de triangulación basado en el análisis de los resultados de cuatro preguntas medulares de los avalúos de necesidades y la consulta llevada a cabo como parte de los talleres. Se utiliza el ranking de las primeras diez necesidades o brechas en Servicios identificadas para cada pregunta.

En esa dirección, una de las áreas de mayor convergencia identificadas fue la necesidad de fortalecer los apoyos relacionados con la estabilidad en vivienda. Los servicios de vivienda, incluyendo vivienda temporera y asistencia para renta, surgieron de manera consistente entre los servicios más necesitados y las principales brechas identificadas tanto en Puerto Rico como en el AME de San Juan.

La seguridad alimentaria y el acceso a apoyos nutricionales constituyeron una segunda área prioritaria. Los suplementos nutricionales, los bancos de alimentos, los vales de alimentos y otros servicios relacionados con la alimentación aparecieron repetidamente entre las necesidades identificadas en las distintas fuentes consultadas. Una tercera área de convergencia está relacionada con la necesidad de fortalecer la asistencia económica dirigida a cubrir necesidades básicas. Los avalúos de necesidades identificaron de forma consistente ayudas para el pago de energía eléctrica, agua, gas, renta y otras utilidades entre los servicios más frecuentemente solicitados y menos recibidos. De igual forma, los participantes de los talleres señalaron la asistencia financiera de emergencia y los apoyos económicos como componentes esenciales para reducir las barreras que enfrentan muchas personas con diagnóstico positivo al VIH para mantenerse en cuidado y tratamiento.

Igualmente, a través de las fuentes consultadas se destaca la importancia de ampliar el acceso a servicios integrales de salud que complementen la atención médica relacionada con el VIH. Entre estos se destacan los servicios de salud oral, salud mental, apoyo psicosocial, terapia nutricional y servicios de rehabilitación. Finalmente, las distintas fuentes coincidieron en señalar la necesidad de fortalecer la accesibilidad a los servicios y los apoyos que facilitan la continuidad del cuidado. Los servicios de transportación médica, cuidado de salud en el hogar, apoyo psicosocial, asistencia en medicamentos y otros servicios de apoyo surgieron como componentes esenciales para reducir barreras geográficas, funcionales y económicas. Estos servicios adquieren una importancia particular para personas con limitaciones de movilidad, condiciones de salud complejas, necesidades de cuidado prolongado o que residen en áreas con acceso limitado a servicios especializados.

Barreras de acceso - Los avalúos de necesidades realizados por el Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales, el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Programa Ryan White Parte A, así como las discusiones llevadas a cabo durante el proceso de planificación integrada, evidencian que las personas con diagnóstico positivo al VIH y las poblaciones desproporcionalmente afectadas continúan enfrentando barreras que limitan el acceso oportuno a los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo. Estas barreras incluyen factores individuales, sociales, económicos, geográficos y sistémicos que afectan distintas etapas del continuo de cuidado del VIH.

Barreras relacionadas con las pruebas de VIH – De acuerdo con el Avalúo de Necesidades de Prevención una de las principales barreras para la realización de pruebas de VIH continúa siendo la baja percepción de riesgo. Muchas de las personas que nunca se habían realizado una prueba indicaron que no consideraban necesario hacerlo debido a que entendían que no estaban expuestas a situaciones de riesgo o mantenían relaciones monógamas. Asimismo, los participantes de los talleres señalaron que el estigma asociado al VIH y a la sexualidad continúa limitando la disposición de algunas personas a solicitar servicios de pruebas o discutir conductas de riesgo con

proveedores de salud. También se identificaron barreras relacionadas con la implementación de pruebas rutinarias en algunos escenarios clínicos, la limitada capacitación de algunos profesionales de la salud en temas de prevención del VIH y la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento asociados a las autopruebas de VIH para garantizar el acceso oportuno a servicios de prevención, confirmación diagnóstica o tratamiento.

Barreras sistémicas y relacionados con el marco legal y reglamentario - Los participantes del proceso de planificación identificaron diversos factores regulatorios, administrativos y de política pública que pueden afectar el acceso oportuno a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. Aunque durante los últimos años se han logrado avances importantes en la ampliación de los servicios y en la coordinación entre programas, los grupos de interés señalaron la necesidad de continuar fortaleciendo los marcos normativos y los procesos administrativos para facilitar el acceso a intervenciones basadas en evidencia, incluyendo aspecto como el reporte de casos por parte de proveedores de servicios. Entre las barreras identificadas se encuentran los criterios de elegibilidad y requisitos administrativos asociados al acceso a estrategias de prevención biomédica, incluyendo PrEP y PEP. Los participantes señalaron que ciertos requisitos clínicos, de documentación o de elegibilidad pueden limitar o retrasar el acceso oportuno a estas intervenciones, particularmente entre poblaciones con mayores niveles de vulnerabilidad. Asimismo, se identificaron procesos burocráticos relacionados con aseguradoras, autorizaciones y otros trámites administrativos que pueden retrasar la prestación de servicios o dificultar la coordinación entre proveedores. Estas barreras resultan particularmente relevantes para servicios que requieren múltiples coordinaciones, como la transportación médica, los referidos especializados y algunos servicios de apoyo. Los grupos también señalaron la existencia de limitaciones regulatorias y operacionales que pueden dificultar la adopción e implementación de nuevas tecnologías y estrategias de prevención y diagnóstico, incluyendo algunas modalidades de pruebas rápidas y otros modelos innovadores de prestación de servicios. De igual forma, se identificó la dependencia de proveedores de atención primaria para la prescripción de ciertas intervenciones preventivas, lo que puede restringir el acceso en comunidades con escasez de profesionales o limitada disponibilidad de servicios.

Barreras de acceso a servicios de prevención, tratamiento y apoyo - La barrera más consistente identificada a través de todas las fuentes consultadas está relacionada con los determinantes sociales de la salud. Los avalúos de necesidades evidenciaron altos niveles de necesidad insatisfecha en áreas como vivienda, seguridad alimentaria, asistencia para utilidades, asistencia económica de emergencia y transportación médica. Estas necesidades afectan directamente la capacidad de las personas para asistir a citas médicas, adherirse al tratamiento y mantenerse vinculadas al cuidado. Las barreras geográficas también surgieron de manera recurrente durante el proceso de planificación. Las personas consultadas durante el proceso de planificación señalaron que muchos servicios especializados continúan concentrándose en el área metropolitana de San Juan y otras zonas urbanas, mientras que las personas residentes en municipios rurales o alejados enfrentan mayores dificultades relacionadas con transportación, disponibilidad de proveedores y acceso a determinados servicios clínicos y de apoyo.

Asimismo, los participantes identificaron limitaciones en la disponibilidad de servicios de salud mental, salud oral, rehabilitación, tratamiento para trastornos por uso de sustancias y otros servicios especializados. Estas brechas adquieren una relevancia particular ante el envejecimiento de la población con VIH y el aumento en la prevalencia de condiciones crónicas concurrentes que requieren atención multidisciplinaria.

Finalmente, el estigma y la discriminación continúan siendo barreras transversales que afectan tanto el acceso a servicios de prevención como la retención en cuidado. Los participantes señalaron que el temor al rechazo, la divulgación involuntaria del diagnóstico y las experiencias de estigmatización en distintos entornos sociales y de servicios pueden limitar la utilización de recursos disponibles y afectar negativamente la continuidad del tratamiento.

a. Prioridades

Los avalúos de necesidades realizados por el Programa Ryan White Parte A, el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales del Departamento de Salud, junto con las consultas y talleres llevados a cabo como parte del proceso de planificación integrada, permitieron identificar las principales necesidades, brechas y oportunidades para fortalecer la respuesta al VIH en Puerto Rico durante el período 2027-2031. Los hallazgos reflejan la necesidad de continuar fortaleciendo el continuo de prevención, diagnóstico, tratamiento y respuesta, al tiempo que se atienden los determinantes sociales y estructurales que afectan la salud y el bienestar de las personas con diagnóstico positivo al VIH y de las poblaciones desproporcionalmente afectadas por la epidemia.

A partir de este proceso, se identificaron las siguientes prioridades para la jurisdicción:

- **Fortalecer el diagnóstico temprano y el acceso oportuno a los servicios**, mediante la ampliación de las pruebas de VIH, ITS y hepatitis virales, la promoción de las autopruebas, la reducción de barreras asociadas al estigma y el fortalecimiento de los procesos de enlace temprano al cuidado.
- **Expandir las estrategias de prevención basadas en evidencia**, incluyendo el acceso a PrEP y PEP, la educación comunitaria, la distribución de métodos preventivos y el desarrollo de intervenciones dirigidas a las poblaciones desproporcionalmente afectadas por el VIH y con baja autopercepción de riesgo.
- **Fortalecer el acceso rápido y oportuno al tratamiento y la continuidad del cuidado**, promoviendo el enlace rápido a servicios médicos, el acceso temprano al tratamiento antirretroviral, la retención en cuidado, la adherencia al tratamiento y la supresión viral sostenida.
- **Atender los determinantes sociales de la salud y fortalecer los servicios de apoyo**, incluyendo vivienda, seguridad alimentaria, asistencia para utilidades, transportación, navegación de servicios y otros apoyos esenciales para la estabilidad y bienestar de las personas con diagnóstico positivo al VIH.
- **Ampliar el acceso a servicios integrales de salud**, mediante enfoques integrales de servicios centrados en la persona y que atiendan áreas como la salud mental, salud oral, apoyo psicosocial, rehabilitación y manejo de condiciones concurrentes que afectan la calidad de vida y los resultados de salud.

- **Reducir las disparidades geográficas y otras barreras de acceso a servicios**, mediante el fortalecimiento de estrategias de telemedicina, servicios con base en el hogar, soluciones de transportación y una distribución más equitativa de recursos y servicios a través de la jurisdicción.
- **Reducir el estigma y fortalecer la educación y capacitación**, promoviendo campañas culturalmente pertinentes, información basada en evidencia y el desarrollo de competencias entre proveedores, profesionales y comunidades.
- **Fortalecer la coordinación, integración y el uso estratégico de los datos**, mejorando la interoperabilidad entre los sistemas de vigilancia, prevención y tratamiento, el intercambio de información entre programas y la utilización de datos para la toma de decisiones, la asignación de recursos y la evaluación de resultados.
- **Fortalecer la capacidad de respuesta ante conglomerados, brotes y situaciones emergentes relacionadas con el VIH**, mediante una mayor coordinación entre vigilancia, prevención y tratamiento, el fortalecimiento de las actividades de intervención epidemiológica y la participación activa de organizaciones comunitarias y poblaciones afectadas.

b. Acciones Tomadas

Durante los pasados años, Puerto Rico ha implementado diversas iniciativas para atender las barreras identificadas en los sistemas de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH. Los resultados de los talleres realizados como parte del proceso de planificación reflejan una percepción positiva sobre los avances alcanzados, aunque también evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo estos esfuerzos para atender las barreras que persisten hoy en día.

En el área de diagnóstico y prevención, los participantes destacaron la expansión de las pruebas rápidas y autopruebas de VIH, una mayor integración de las pruebas en escenarios clínicos y comunitarios, el fortalecimiento de las estrategias de prevención biomédica, incluyendo PrEP y PEP, y el aumento de las actividades de educación, alcance comunitario y coordinación entre los programas de prevención y vigilancia. En el área de tratamiento, se reconocieron avances importantes en el acceso al tratamiento antirretroviral, la implementación de modelos de inicio rápido, la expansión de la telemedicina y el fortalecimiento de los servicios de manejo de casos y navegación de pacientes. También se destacó la consolidación de la red de servicios clínicos y de apoyo que facilita el enlace, retención y seguimiento de las personas con diagnóstico positivo al VIH a través del continuo de cuidado. Los participantes resaltaron además mejoras significativas en la coordinación e integración del sistema, incluyendo la implementación de un sistema uniforme de elegibilidad para los programas Ryan White, el fortalecimiento de los mecanismos de colaboración entre el Departamento de Salud, los programas Ryan White y las organizaciones proveedoras, y una mayor integración entre los sistemas de vigilancia, prevención y tratamiento mediante iniciativas de intercambio de datos y seguimiento de personas fuera de cuidado.

Finalmente, se reconocieron avances en el fortalecimiento de la fuerza laboral relacionada con el VIH mediante iniciativas de capacitación continua liderados por la AETC, dirigidas a proveedores clínicos, personal de apoyo y otros profesionales de la salud en áreas como tratamiento antirretroviral, manejo de casos, salud conductual,

atención integral centrada en la persona y nuevas estrategias de prevención y tratamiento.

c. Acercamiento para la identificación de las necesidades

La identificación de necesidades para el Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico 2027-2031 se realizó mediante un enfoque multimétodo y participativo que combinó información cuantitativa y cualitativa proveniente de diversas fuentes. Como base del proceso se utilizaron los resultados de los avalúos de necesidades más recientes realizados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, el Programa Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan y el Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales del Departamento de Salud, complementados con datos epidemiológicos del Sistema de Vigilancia del VIH, información programática de los programas financiados por HRSA y CDC, y literatura científica relevante.

Los hallazgos de estas fuentes se presentaron y discutieron durante el primero de tres talleres de planificación desarrollados para la elaboración del Plan Integrado. En estos participaron representantes de los programas Ryan White Partes A, B, C y D, recipientes y colaboradores de la Parte F, organizaciones comunitarias, proveedores de servicios, agencias gubernamentales, instituciones académicas, personas con diagnóstico positivo al VIH y representantes de poblaciones desproporcionalmente afectadas por la epidemia. Las actividades incluyeron ejercicios de análisis de necesidades, validación de hallazgos, identificación de brechas y priorización de áreas de intervención.

La participación de personas con diagnóstico positivo al VIH constituyó un componente central del proceso. Estas participaron tanto en los avalúos de necesidades como en las actividades de planificación, aportando información sobre sus experiencias, barreras de acceso, necesidades de servicios y recomendaciones para fortalecer la respuesta al VIH.

SECCIÓN IV: ANÁLISIS SITUACIONAL

1. ANÁLISIS SITUACIONAL

El presente análisis situacional sintetiza los hallazgos del proceso de planificación participativa llevado a cabo durante el primer trimestre de 2026 como parte del desarrollo del Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH de Puerto Rico 2027–2031. El análisis cubre el continuo completo de prevención y cuidado del VIH a nivel jurisdiccional. Si bien el Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan concentra la mayor parte de los recursos y casos, el análisis comprende toda el área geográfica de la jurisdicción, en cumplimiento del requisito del SCSN.

a. Fortalezas

El proceso de planificación integrada identificó múltiples fortalezas que han contribuido al refuerzo de la respuesta al VIH en Puerto Rico y que constituyen una base sólida para la implementación del Plan Integrado 2027-2031. Los avalúos de necesidades y las consultas realizadas con personas con diagnóstico positivo al VIH y otros actores clave evidenciaron avances significativos en la infraestructura programática, la capacidad técnica y la integración de los sistemas de vigilancia, prevención, tratamiento y apoyo.

Una de las principales fortalezas identificadas es la existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica robusto que permite monitorear la evolución de la epidemia, identificar tendencias emergentes y orientar la toma de decisiones programáticas. Los participantes destacaron la disponibilidad de información actualizada y el fortalecimiento de la integración entre los sistemas de vigilancia, prevención y tratamiento, lo que facilita la identificación de necesidades, la priorización de poblaciones y el monitoreo de resultados. También se identificó como fortaleza el marco institucional que sustenta la respuesta al VIH en Puerto Rico. La existencia de legislación, reglamentación y estructuras programáticas especializadas, junto con mecanismos de coordinación entre el Programa de Prevención, el Programa de Vigilancia, los programas Ryan White, organizaciones comunitarias, municipios e instituciones académicas, ha contribuido a una respuesta más integrada y coordinada.

En el área de prevención, los participantes resaltaron la disponibilidad de una red de servicios basada en estrategias respaldadas por evidencia científica. Entre las fortalezas señaladas se encuentran la expansión de las pruebas de VIH en escenarios clínicos y comunitarios, el fortalecimiento de las campañas educativas, el crecimiento de los servicios de PrEP y PEP, la implementación de estrategias de reducción de daños y una mayor capacidad para dirigir intervenciones hacia poblaciones y comunidades con mayor vulnerabilidad al VIH. En el área de tratamiento y cuidado, los participantes destacaron la capacidad del sistema para garantizar acceso al tratamiento antirretroviral y a servicios clínicos esenciales. Entre los avances más relevantes se señalaron la disponibilidad de medicamentos a través de ADAP, la implementación de modelos de inicio rápido de tratamiento, los elevados niveles de supresión viral alcanzados por la jurisdicción y los esfuerzos dirigidos a fortalecer la retención en cuidado y la adherencia al tratamiento. Asimismo, la implementación de un sistema uniforme de elegibilidad ha contribuido a simplificar procesos administrativos y facilitar el acceso a servicios en toda la red Ryan White. Otra fortaleza importante mencionada es la existencia de un modelo de atención integral centrado en la persona, que combina servicios clínicos, manejo de casos, apoyo psicosocial, navegación de servicios

y otros apoyos complementarios. Este enfoque facilita la continuidad del cuidado y permite atender de manera más efectiva las necesidades médicas y sociales de las personas con diagnóstico positivo al VIH. Los participantes también destacaron la participación activa de las personas con diagnóstico positivo al VIH en los procesos de planificación y toma de decisiones como un elemento distintivo del sistema.

Finalmente, se reconoció la fortaleza del capital humano y la creciente incorporación de innovación y tecnología en la prestación de servicios. La disponibilidad de profesionales con experiencia y capacitación especializada, junto con iniciativas continuas de educación y desarrollo profesional, fortalece la calidad de los servicios ofrecidos. A esto se suma la expansión de la telemedicina, el uso de herramientas digitales para seguimiento y coordinación de servicios y el fortalecimiento de los sistemas de información, elementos que han contribuido a mejorar el acceso, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de atención al VIH en Puerto Rico.

b. Desafíos del Sistema de Vigilancia, Prevención, Tratamiento y Cuidado

A pesar de las fortalezas identificadas por los participantes del proceso de planificación, los avalúos de necesidades y las discusiones realizadas durante apuntan a una serie de desafíos estructurales, operacionales y programáticos que limitan la efectividad del sistema de prevención, tratamiento y respuesta al VIH en Puerto Rico.

Uno de los principales retos identificados está relacionado con las barreras estructurales y de política pública que afectan el acceso a servicios de prevención. Los participantes señalaron que los requisitos de elegibilidad asociados a intervenciones como la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis posexposición (PEP), incluyendo criterios clínicos, restricciones de edad y requisitos administrativos, pueden limitar el acceso oportuno a estas estrategias, particularmente entre personas jóvenes y otras poblaciones prioritarias. Asimismo, se destacó que la dependencia de proveedores de atención primaria para la prescripción de PrEP puede restringir el acceso en comunidades donde existe escasez de profesionales capacitados o familiarizados con estas intervenciones. Los participantes también expresaron preocupación sobre la sostenibilidad de algunas actividades de prevención y educación debido a su alta dependencia de fondos federales.

Durante los talleres de planificación también se destacaron desafíos relacionados con la organización y funcionamiento del sistema de prestación de servicios. Aunque Puerto Rico cuenta con una amplia red de recursos clínicos y comunitarios, los participantes señalaron que la disponibilidad de servicios no siempre se traduce en acceso efectivo. Entre los retos identificados se encuentran la implementación inconsistente de pruebas rutinarias de VIH en algunos escenarios clínicos, la fragmentación de ciertos procesos de

referido y navegación entre servicios, y las dificultades para garantizar una coordinación uniforme entre los distintos componentes del sistema. En el área de tratamiento, también se señalaron barreras asociadas a los procesos administrativos de algunos servicios o planes de salud, incluyendo dificultades relacionadas con autorizaciones, coordinación de servicios y acceso a beneficios como la transportación médica.

Otro desafío importante identificado fue la persistencia del estigma, la discriminación y las brechas de conocimiento relacionadas con el VIH. Los participantes señalaron que el estigma continúa afectando la disposición de muchas personas a realizarse pruebas de VIH, acceder a servicios de prevención o mantenerse enlazadas al cuidado. Asimismo, se identificó una baja percepción de riesgo en algunos grupos poblacionales y la persistencia de información incorrecta o desactualizada sobre el VIH entre ciertos sectores de la población y algunos profesionales de la salud. Los participantes plantearon que todavía ocurren situaciones de rechazo o trato diferenciado hacia personas con diagnóstico positivo al VIH en algunos escenarios de prestación de servicios, incluyendo experiencias relacionadas con la atención odontológica y otros servicios especializados.

Igualmente, se identificaron desafíos operacionales que afectan la eficiencia y capacidad de respuesta del sistema. Entre estos se encuentran las limitaciones en la interoperabilidad de algunos sistemas de información, la complejidad de los procesos de recopilación y reporte de datos, las dificultades para compartir información entre programas y proveedores, y la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento de personas fuera de cuidado. Además, se identificó la sobrecarga de trabajo del personal clínico, de prevención y de manejo de casos como un factor que puede afectar la calidad de los servicios y la capacidad del sistema para responder a necesidades crecientes.

Las barreras económicas y de acceso físico continúan representando otro desafío significativo. Los participantes indicaron que los costos asociados a servicios, medicamentos, transportación y otros apoyos esenciales pueden limitar el acceso de personas con recursos económicos limitados. Asimismo, la falta de transportación y las dificultades de desplazamiento fueron identificadas como barreras importantes para acceder a servicios de prevención, tratamiento y apoyo, particularmente entre personas con limitaciones funcionales, personas de edad avanzada y residentes de comunidades alejadas de los principales centros de servicio. En esa dirección, la desigual distribución geográfica de los recursos constituye otro reto importante para la jurisdicción. Tanto los talleres de prevención como los de tratamiento coincidieron en señalar que muchos servicios especializados continúan concentrándose en el Área Metropolitana de San Juan. Como resultado, las personas residentes en regiones rurales, municipios del centro de la isla, la región este, el sur, el oeste y las islas municipio enfrentan mayores dificultades relacionadas con la disponibilidad de proveedores, el acceso a especialistas, la transportación y la continuidad de los servicios. Estas disparidades geográficas contribuyen a la existencia de desigualdades en el acceso a intervenciones preventivas, servicios clínicos y apoyos complementarios.

Finalmente, los participantes identificaron importantes desafíos relacionados con los servicios de apoyo y la atención integral. Los avalúos de necesidades evidenciaron brechas persistentes en áreas como asistencia para utilidades, seguridad alimentaria, vivienda, transportación médica, asistencia para medicamentos y servicios de salud

oral. También se identificó una disponibilidad insuficiente de servicios de salud mental y salud conductual, particularmente fuera del área metropolitana, así como limitaciones en el acceso a servicios de rehabilitación, apoyo psicosocial y cuidado prolongado. Estas brechas afectan directamente la capacidad de las personas para mantenerse vinculadas al cuidado, adherirse al tratamiento y alcanzar una supresión viral sostenida.

c. Necesidades Identificadas

A partir de los ejercicios de priorización y los avalúos de necesidades se identificaron las áreas siguientes de necesidad prioritarias:

- Fortalecer el diagnóstico temprano y el acceso oportuno a los servicios
- Expandir las estrategias de prevención basadas en evidencia
- Fortalecer el acceso rápido y oportuno al tratamiento y la continuidad del cuidado
- Atender los determinantes sociales de la salud y fortalecer los servicios de apoyo
- Ampliar el acceso a servicios integrales de salud
- Reducir las disparidades geográficas y otras barreras de acceso a servicios
- Reducir el estigma y fortalecer la educación y capacitación
- Fortalecer la coordinación, integración y el uso estratégico de los datos
- Fortalecer la capacidad de respuesta ante conglomerados, brotes y situaciones emergentes relacionadas con el VIH

d. Análisis de Problemas Estructurales y Sistémicos por Pilar EHE

DIAGNOSTICAR TEMPRANAMENTE A LAS PERSONAS CON VIH

Puerto Rico ha logrado avances significativos en el fortalecimiento de su capacidad diagnóstica mediante la expansión de las pruebas rápidas de VIH, la disponibilidad de autopruebas y una mayor integración de los servicios de cernimiento en diversos escenarios clínicos y comunitarios. Asimismo, el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica y su integración con los programas de prevención ha permitido una utilización más estratégica de los datos para orientar las actividades de detección hacia las poblaciones y áreas geográficas de mayor vulnerabilidad.

No obstante, persisten factores estructurales y sistémicos que continúan limitando el diagnóstico oportuno. Los hallazgos de los avalúos de necesidades y de los talleres evidenciaron que la disponibilidad de pruebas no siempre se traduce en una utilización efectiva de los servicios. La implementación de pruebas rutinarias continúa siendo inconsistente en algunos escenarios clínicos y, en determinados contextos, persiste resistencia por parte de proveedores a incorporar el cernimiento de VIH como parte de la práctica clínica regular. A ello se suma la dependencia del médico primario como punto de entrada a muchos servicios de detección, lo que genera barreras adicionales en regiones con escasez de proveedores o con alta carga asistencial.

Las desigualdades geográficas también afectan la capacidad de diagnóstico temprano. La concentración de servicios de prevención y detección en el área metropolitana limita el acceso de personas residentes en municipios rurales, regiones del interior y las islas municipio. Asimismo, factores como la baja percepción de riesgo, particularmente entre adultos mayores, mujeres heterosexuales y personas residentes en comunidades rurales, junto con el estigma asociado al VIH y las limitaciones en alfabetización en salud, continúan retrasando la búsqueda voluntaria de servicios de pruebas y favorecen diagnósticos en etapas más avanzadas de la infección.

TRATAR RÁPIDA Y EFECTIVAMENTE PARA ALCANZAR LA SUPRESIÓN VIRAL

La jurisdicción cuenta con importantes fortalezas para apoyar el acceso y la continuidad del tratamiento. Entre ellas se destacan la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales mediante ADAP, la adopción de modelos de inicio rápido de tratamiento, los altos niveles de retención en cuidado y supresión viral, así como la existencia de un sistema uniforme de elegibilidad que facilita el acceso a servicios a través de la red Ryan White. De igual forma, los grupos de interés resaltaron la coordinación existente entre programas, proveedores y organizaciones comunitarias como un elemento fundamental para la continuidad del cuidado.

Sin embargo, los determinantes sociales de la salud continúan representando uno de los principales obstáculos para lograr resultados sostenidos. Las necesidades relacionadas con vivienda, seguridad alimentaria, pago de utilidades, transportación y apoyo económico emergieron consistentemente como algunas de las principales necesidades insatisfechas identificadas tanto por los avalúos de necesidades como por los talleres. Estas condiciones afectan directamente la capacidad de las personas para mantenerse enlazadas al cuidado, asistir a sus citas médicas y adherirse al tratamiento antirretroviral.

Los grupos de interés consultados también identificaron barreras sistémicas relacionadas con los procesos administrativos de planes de salud y proveedores, incluyendo autorizaciones, referidos y coordinación de beneficios. A ello se suma una limitada disponibilidad de especialistas en áreas importantes como psiquiatría, neurología y ginecología oncológica fuera del área metropolitana. Particular preocupación generó la escasez de servicios de salud mental y salud conductual. Finalmente, la creciente digitalización de algunos servicios y procesos administrativos plantea retos para personas con limitaciones en acceso o alfabetización tecnológica.

PREVENIR NUEVAS INFECCIONES MEDIANTE INTERVENCIONES BASADAS EN EVIDENCIA

Durante los últimos años Puerto Rico ha fortalecido significativamente su capacidad preventiva mediante la expansión de estrategias biomédicas y conductuales, incluyendo PrEP, PEP, pruebas de VIH, campañas educativas y programas de reducción de daños. La integración creciente entre vigilancia, prevención y tratamiento permite dirigir los recursos hacia poblaciones prioritarias y áreas geográficas con mayor carga epidemiológica.

A pesar de estos avances, persisten barreras estructurales que limitan el alcance y efectividad de las intervenciones preventivas. Los participantes identificaron

restricciones relacionadas con criterios de elegibilidad, requisitos administrativos y la necesidad de contar con un proveedor autorizado para la prescripción de PrEP como obstáculos para ampliar su utilización. Estas barreras afectan particularmente a personas jóvenes y a poblaciones con acceso limitado a servicios médicos. El estigma relacionado con el VIH continúa representando una barrera significativa para la utilización de servicios preventivos. Asimismo, las personas que utilizan drogas, incluyendo aquellas que se inyectan sustancias, fueron identificadas como una población que continúa enfrentando barreras particulares para acceder a estrategias preventivas basadas en evidencia. Los participantes también señalaron la necesidad de fortalecer la capacitación de proveedores en prevención del VIH y de asegurar la sostenibilidad de las campañas educativas y de movilización comunitaria, particularmente ante la dependencia de fondos federales para financiar muchas de estas actividades.

RESPONDER RÁPIDAMENTE A CONGLOMERADOS Y BROTES

La capacidad de respuesta de Puerto Rico ante posibles conglomerados o brotes de VIH se beneficia de la existencia de un sistema de vigilancia fortalecido, estructuras formales de coordinación interagencial y una red de organizaciones comunitarias con amplia experiencia en la prestación de servicios relacionados con el VIH. Los participantes identificaron como una fortaleza la creciente integración entre vigilancia, prevención y tratamiento, la cual facilita la identificación temprana de eventos epidemiológicos y la movilización de recursos para responder a ellos.

No obstante, durante los talleres de planificación se identificaron desafíos sistémicos que podrían limitar la rapidez y efectividad de la respuesta. Entre estos se encuentran la fragmentación de algunos sistemas de información, limitaciones en la interoperabilidad de plataformas de datos, la concentración de recursos humanos y programáticos en el área metropolitana y la limitada capacidad operativa disponible en algunas regiones rurales o geográficamente aisladas. La dependencia de fondos federales para sostener determinadas actividades de respuesta y la escasez de personal especializado para realizar intervenciones de campo también fueron identificadas como factores que podrían afectar la capacidad de respuesta ante eventos emergentes.

a. Personas y comunidades desproporcionalmente afectadas por el VIH

Los análisis epidemiológicos, los avalúos de necesidades y el proceso de planificación integrada evidencian que la epidemia del VIH en Puerto Rico continúa afectando de manera desproporcionada a poblaciones que enfrentan múltiples vulnerabilidades sociales, económicas, geográficas y de salud. Estas condiciones influyen tanto en el riesgo de recibir la transmisión del VIH como en la capacidad de acceder oportunamente a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo. A través del proceso de planificación se identificaron las siguientes poblaciones como aquellas desproporcionalmente por el VIH.

Ilustración 12: Poblaciones y comunidades desproporcionalmente afectadas por el VIH en PR

La dimensión geográfica surgió como un factor transversal que amplifica muchas de estas vulnerabilidades. Las personas residentes en municipios rurales, comunidades del centro, las regiones este, oeste y sur de la isla, así como en las islas municipio, enfrentan mayores barreras para acceder a pruebas de VIH, servicios de prevención biomédica, especialistas, salud mental y servicios de apoyo. La concentración de recursos y proveedores en el área metropolitana de San Juan continúa generando desigualdades en el acceso a servicios esenciales para la prevención y el cuidado del VIH. Partiendo de esto, el Plan Integrado adopta un enfoque integral centrado en la persona y orientado a reducir las inequidades que afectan a las poblaciones desproporcionalmente impactadas por la epidemia, fortaleciendo el acceso equitativo a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo en toda la jurisdicción.

SECCIÓN V: METAS Y OBJETIVOS

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

1. DESCRIPCIÓN DE METAS Y OBJETIVOS

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

a. Diagnóstico

META DE DIAGNÓSTICO
Diagnosticar a todas las personas con VIH en Puerto Rico lo más pronto posible tras la infección, mediante un sistema de cernimiento integrado, accesible y sindémico que asegure el enlace inmediato a cuidado y rompa la cadena de transmisión.

Objetivo 1

Para 2031, aumentar en al menos un 30% (respecto a la línea base 2026) el número de pruebas de VIH realizadas en escenarios no tradicionales y mediante autopruebas distribuidas por el sistema público y comunitario, con un protocolo de seguimiento estructurado que documente el resultado y el enlace a cuidado.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
1.1 Ampliar el alcance del cernimiento de VIH en escenarios no tradicionales mediante acuerdos colaborativos entre el Departamento de Salud, AME San Juan, OBCs y entidades anfitrionas.	■ HSH ■ Menores de 18 años y jóvenes (rangos 18–24 y 25–34). ■ Adultos mayores. ■ Trabajadoras y trabajadores del sexo. ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Personas que se inyectan drogas (PID) y otras personas con uso problemático de sustancias. ■ Población general en zonas geográficas con *clusters* identificados.	1.1.1 Solicitar y mantener actualizados los datos epidemiológicos de personas con diagnóstico positivo, utilizando data del Sistema de Vigilancia VIH del DSPR para identificar *clusters* y escenarios prioritarios.
		1.1.2 Promover acercamientos colaborativos con escenarios comunitarios y no tradicionales para facilitar el acceso descentralizado a pruebas de VIH, ITS, hepatitis C y tuberculosis (TB).
		1.1.3 Establecer alianzas colaborativas con farmacias multinacionales, farmacias comunitarias y tiendas por departamento que distribuyen autopruebas de VIH para fortalecer mecanismos voluntarios de reporte de resultados, orientación post-prueba y enlace oportuno a pruebas confirmatorias, prevención y servicios de tratamiento.
		1.1.4 Desplegar unidades móviles del DSPR y de OBCs siguiendo el mapa de *clusters* y escenarios prioritarios, en coordinación con AME San Juan y EHE.
		1.1.5 Diseñar e implementar el modelo de intervención en escenarios no tradicionales: protocolo de oferta, consentimiento, ejecución de la prueba, manejo del resultado y referido.
		1.1.6 Implementar campañas educativas dirigidas, incluyendo colaboraciones con creadores de contenido comunitarios, para promover el uso de autopruebas y el cernimiento en escenarios no tradicionales.
1.2 Implementar un plan de distribución de autopruebas de	■ HSH ■ Menores de 18 años y jóvenes (rangos 18–24 y 25–34).	1.2.1 Desarrollar e implementar el plan de distribución de autopruebas con criterios de focalización por subpoblación y zona geográfica.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
VIH a nivel de Puerto Rico, que podrá incluir sistema de incentivos, protocolo de seguimiento estructurado y canalización a prueba confirmatoria, cuidado médico, tratamiento y/o PrEP según corresponda.	■ Adultos mayores. ■ Personas privadas de libertad. ■ Personas institucionalizadas ■ Trabajadoras y trabajadores del sexo. ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Personas que se inyectan drogas y otras personas con uso problemático de sustancias. ■ Población general en zonas geográficas con *clusters* identificados.	1.2.2 Establecer protocolo de seguimiento profesional de autopruebas que incluya línea de apoyo, instrumento estandarizado para recoger resultados, sistema de incentivos y canalización a prueba confirmatoria y servicios.
		1.2.3 Crear y mantener un directorio actualizado de OBCs y proveedores para el referido rápido desde escenarios no tradicionales y autopruebas.
		1.2.4 Establecer acuerdos colaborativos con líneas de apoyo existentes (línea PAS y otras) para que también atiendan casos relacionados con el VIH
1.3 Apoyar y mantener protocolos normalizados para la identificación de contactos sexuales o por inyección desde el "paciente índice", con notificación confidencial, pruebas, y referidos a prevención (PrEP, condones y otros) o tratamiento según corresponda	■ HSH ■ Mujeres, menores de 18 años y jóvenes (rangos 18–24 y 25–34). ■ Adultos mayores. ■ Trabajadoras y trabajadores del sexo. ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Personas institucionalizadas ■ Personas que se inyectan drogas y otras personas con uso problemático de sustancias. ■ Población general en zonas geográficas con *clusters* identificados.	1.3.1 Establecer las colaboraciones con organizaciones comunitarias, clínicas, programas de salud pública, instituciones educativas y otros aliados estratégicos con el fin de aumentar la concienciación, comprensión y apoyo a las actividades de Notificación de Parejas y Rastreo de Contactos.
		1.3.2 Implementar y sostener un sistema continuo de intervención epidemiológica que identifique, contacte y enlace a servicios a las personas potencialmente expuestas al VIH a través del rastreo de contactos de casos índice, garantizando la confidencialidad, la calidad del proceso y la integración con servicios clínicos y comunitarios.

Partes responsables	■ DSPR: División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH y Sistema de Vigilancia de Hepatitis C; SPCEIT-Programa de Prevención ETS/VIH/HV ■ Recipiente EHE — San Juan y Jurisdicción
Aliados clave	■ AME San Juan ■ OBCs ■ Farmacias comunitarias y cadenas farmacéuticas ■ Productores de eventos comunitarios ■ Departamento de la Vivienda y proveedores HOPWA

	■ Departamento de Recreación y Deportes; municipios ■ Departamento de Corrección y Rehabilitación ■ Departamento de Educación ■ Procurador de Personas de Edad Avanzada ■ Programas para atender el uso problemático de sustancias ■ Manejadores de casos y voluntariado comunitario ■ Laboratorios clínicos ■ Cuerpos asesores de planificación
Medidas de desempeño	■ Numerador: # de pruebas de VIH realizadas en escenarios no tradicionales en el período. ■ Denominador: # total de pruebas de VIH realizadas en PR en el período. ■ %objetivo: ≥30% de aumento en pruebas en escenarios no tradicionales para 2031 respecto a línea base 2026. ■ Numerador: # de autopruebas distribuidas a poblaciones priorizadas con resultado y estatus de enlace documentado. ■ Denominador: # total de autopruebas distribuidas a poblaciones priorizadas en el período. ■ % objetivo: ≥80% de autopruebas distribuidas con resultado y estatus de enlace documentado. ■ # de acuerdos colaborativos vigentes con escenarios no tradicionales (anuales). ■ # de unidades móviles operativas y rutas de despliegue por trimestre. ■ # y % de pruebas reactivas detectadas en escenarios no tradicionales canalizadas a confirmatoria en ≤7 días. ■ # de personas referidas a PrEP desde escenarios de cernimiento (cruce con tabla de Prevención). ■ Fuente de datos: Sistema de Vigilancia VIH del DSPR, registros de OBCs (CAREWare, sistemas propios), reportes de AME San Juan. ■ Indicador nacional asociado: EHE pillar Diagnose (acelerar el diagnóstico en poblaciones priorizadas); aporta al primer 95 del 95-95-95.
Progreso hacia objetivos nacionales	Relacionado al pilar de Diagnóstico de EHE y contribuye a aumentar el conocimiento sobre el estatus de VIH.
Fuentes de fondos	■ CDC, HRSA, HUD (HOPWA), SAMHSA, Fondos estatales, Fundaciones y sector privado

Objetivo 2

Para 2031, asegurar que al menos el 75% de las personas adultas (≥18 años) que reciben cuidado médico anual de rutina en Puerto Rico tengan documentada una prueba de VIH en los pasados 12 meses como parte del protocolo clínico estándar, en alineación con la recomendación de cernimiento universal de los CDC y la USPSTF, y con la ley estatal existente.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
2.1 Revisar y actualizar la reglamentación del DSPR y de ASES para institucionalizar la prueba rutinaria de VIH como parte del cuidado preventivo anual y como elemento de los planes de cuidado del Estado.	■ Población adulta general en cuidado médico anual. ■ Pacientes nuevos en escenarios de atención primaria. ■ Proveedores de servicios de salud y personal clínico ■ Pacientes en clínicas de subespecialidades con riesgo elevado (ITS, hepatitis, TB, salud sexual).	2.1.1 Actualizar y diseminar el protocolo clínico estandarizado, con guía de implementación para clínicas primarias, Centros 330 y aseguradoras. 2.1.2 Integrar la prueba rutinaria como elemento de calidad clínica monitoreado por ASES y por aseguradoras privadas.
2.2 Capacitar a profesionales de la salud y proveedores de atención primaria sobre el ofrecimiento rutinario, manejo del consentimiento, comunicación de resultados y referido inmediato a cuidado.	■ Población adulta general en cuidado médico anual. ■ Pacientes nuevos en escenarios de atención primaria. ■ Proveedores de servicios de salud y personal clínico ■ Pacientes en clínicas de subespecialidades con riesgo elevado (ITS, hepatitis, TB, salud sexual).	2.2.1 Capacitar anualmente, a través de NECA/AETC y en alianza con la Academia, a proveedores de atención primaria sobre ofrecimiento rutinario, *opt-out* informado y referido inmediato. 2.2.2 Implementar campañas masivas de publicidad dirigidas a la población general y a proveedores sobre la importancia de la prueba rutinaria, en coordinación con las capacitaciones sindémicas.
2.3 Articular acuerdos interagenciales con la Academia, planes médicos y entidades reguladoras para institucionalizar la práctica como estándar de cuidado.	■ Población adulta general en cuidado médico anual. ■ Pacientes nuevos en escenarios de atención primaria. ■ Proveedores de servicios de salud y personal clínico ■ Pacientes en clínicas de subespecialidades con riesgo elevado (ITS, hepatitis, TB, salud sexual).	2.3.1 Establecer acuerdos colaborativos con la Academia (Escuelas de Medicina, Salud Pública, Enfermería y otras) para integrar el protocolo en currículos de pregrado, residencia y educación continua.

Partes responsables	■ DSPR: División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH; SPCEIT-Programa de Prevención ETS/VIH/HV ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipientes EHE — San Juan y Jurisdicción

Aliados clave	■ Academia (Escuelas de Medicina, Salud Pública y Enfermería; programas de residencia) ■ Asociación de Salud Primaria; Asociación de Hospitales; Colegio de Médicos y Cirujanos de PR; ■ Centros 330 / *FQHCs* y clínicas primarias municipales y privadas ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Comisionado de Seguros ■ Aseguradoras y PBM (cobertura y reembolso del cernimiento) ■ Asociaciones profesionales y centros de educación continua ■ Cuerpos asesores de planificación
Medidas de desempeño	■ Numerador: # de personas adultas (≥18 años) en cuidado médico anual con prueba de VIH documentada en los pasados 12 meses. ■ Denominador: # total de personas adultas con visita de cuidado médico anual documentada en el período. ■ % objetivo: ≥75% de cobertura de la prueba de VIH en el cuidado médico anual de rutina para 2031. ■ # de Centros 330 y clínicas primarias que adoptan formalmente el protocolo *opt-out*. ■ # de proveedores capacitados anualmente en el protocolo de cernimiento rutinario. ■ # de currículos académicos que incorporan el protocolo. ■ Vigencia de la regulación que institucionaliza la práctica. ■ # y % de pruebas rutinarias con resultado reactivo enlazadas a cuidado en ≤15 días (cruce con D-1 y Trat Obj 1). ■ Indicador nacional asociado: primer 95 del 95-95-95 (status conocido); EHE pillar Diagnose; NHAS Goal 1, Objective 1.2.F19).
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye al pilar de Diagnóstico de EHE y aumentar el conocimiento sobre estatus de VIH. El cernimiento rutinario de VIH en escenarios clínicos generales es una recomendación vigente de los CDC desde 2006 (universal *opt-out* screening).
Fuentes de fondos	■ HRSA, CDC, ASES / Medicaid Puerto Rico, Planes médicos privados, Fondos estatales

Objetivo 3

Para 2031, ampliar al menos en un 25% (respecto a línea base 2026) el acceso a pruebas de VIH entre poblaciones de baja autopercepción de riesgo, específicamente hombres adultos, jóvenes 18–29 años y adultos mayores 60+, mediante estrategias comunitarias y alianzas con servicios no tradicionales que reduzcan barreras sociales y culturales.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
3.1 Diseñar e implementar una estrategia de educación pública y comunicación sobre VIH y detección temprana orientada a poblaciones con baja	■ Hombres adultos ■ Jóvenes 18–29 años (estudiantes del sistema público y privado, universitarios). ■ Adultos mayores 60+	3.1.1 Desarrollar e implementar una campaña informativa multicanal (redes sociales, one-pagers, ferias de salud, divulgación a través del Departamento de Educación y de la Familia).

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
autopercepción de riesgo.	■ Personal de enfermería, tutores legales, padres y encargados.	3.1.2 Producir y distribuir material informativo sobre VIH, detección temprana y consentimiento
		3.1.3 Realizar ferias de salud con pruebas
3.2 Establecer alianzas con escenarios y entidades que sirven cotidianamente a estas poblaciones (centros de cuido, égidas, gimnasios, universidades, instituciones correccionales, ferias de salud comunitarias) para integrar el ofrecimiento de pruebas con un enfoque integral centrado en la persona.	■ Hombres adultos ■ Jóvenes 18–29 años (estudiantes del sistema público y privado, universitarios). ■ Adultos mayores 60+ ■ Población en instituciones correccionales ■ Personal de enfermería, tutores legales, padres y encargados.	3.2.1 Establecer acuerdos colaborativos con centros de cuido, égidas, laboratorios afiliados, universidades, centros deportivos y gimnasios, agencias municipales de recreación, y hogares de desintoxicación.
		3.2.2 Coordinar con el Departamento de Corrección y Rehabilitación el acceso a pruebas en instituciones correccionales como parte del cernimiento sindémico.
3.3 Capacitar al personal de estas entidades en estigma, empatía y manejo no-juicioso del cernimiento de VIH.	■ Proveedores de servicios	3.3.1 Implementar talleres de empatía, reducción de estigma y enfoque integral centrado en la persona dirigidos al personal de las entidades aliadas (égidas, gimnasios, centros de cuido, universidades).

Partes responsables	■ DSPR: División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH; SPCEIT-Programa de Prevención ETS/VIH/HV ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipientes EHE — San Juan y Jurisdicción
Aliados clave	■ Departamento de la Familia ■ Departamento de Educación ■ Departamento de Recreación y Deportes ■ Procuradora de adultos mayores ■ Departamento de Corrección y Rehabilitación ■ Municipios ■ Universidades y centros deportivos ■ Hogares de desintoxicación ■ OBCs ■ Cuidos prolongados ■ Instituciones académicas de educación superior ■ Agencias asociadas al tema de salud sexual y reproductiva ■ Padres, encargados y tutores legales ■ ASES y planes médicos públicos y privados ■ Cuerpos asesores de planificación

Medidas de desempeño	■ Numerador: # de pruebas de VIH realizadas a personas en las subpoblaciones de baja autopercepción de riesgo (hombres adultos, jóvenes 18–29, adultos mayores 60+) en escenarios comunitarios y no tradicionales. ■ Denominador: # total de pruebas de VIH realizadas en estas subpoblaciones en línea base 2026. ■ % objetivo: ≥25% de aumento acumulado para 2031. ■ # de acuerdos colaborativos vigentes con egidas, universidades, centros deportivos y centros de cuido. ■ # de ferias de salud con pruebas realizadas anualmente. ■ # de campañas informativas activas y alcance estimado por canal. ■ # de personal de entidades aliadas capacitado anualmente en estigma y empatía. ■ Tasa de pruebas reactivas detectadas en estos escenarios respecto al total de la subpoblación cernida. ■ Medida complementaria opcional: # de pares capacitados en reducción de estigma + medición pre/post de actitudes ■ Indicador nacional asociado: EHE pillar Diagnose; primer 95 del 95-95-95; NHAS Meta 3 (Obj 3.4 — determinantes sociales y barreras culturales como condición de acceso).
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye al pilar de Diagnóstico de EHE, a aumentar el conocimiento sobre el estado de VIH y a atender determinantes sociales como condiciones del acceso.
Fuentes de fondos	■ CDC, HRSA, ASES / Medicaid Puerto Rico, Planes médicos privados, Fondos estatales, Fundaciones

b. Tratamiento

META DE TRATAMIENTO
Tratar a las personas con diagnóstico positivo al VIH de forma rápida y eficaz para lograr una supresión vírica sostenida.

Objetivo 1

Para 2031, asegurar que al menos el 85% de las personas con diagnóstico nuevo al VIH enlacen a cuidado en o antes de 15 días de conocer su diagnóstico.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
1.1 Fortalecer la capacidad del sistema de atención a cuidado de VIH para asegurar el enlace temprano enfocado en un modelo integral centrado en la persona que optimice la continuidad, calidad y efectividad de los servicios	■ Personas con diagnóstico nuevo al VIH con enfoque en: - Adultos jóvenes (25-44) - Mujeres y Mujeres Embarazadas	1.1.1 Diseñar e implementar un protocolo de atención estandarizado para asegurar el enlace temprano a cuidado de nuevos diagnósticos de VIH 1.1.2 Proveer capacitación al personal clínico, de enlace y otros proveedores para promover el uso de prácticas

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
	- Ciudadanos que regresan a la jurisdicción - Jóvenes 13+ - HSH ■ Proveedores y Personal Clínico	basadas en evidencia para el diagnóstico y enlace a cuidado (ej. navegación e intervenciones de pares). 1.1.3 Implementar esfuerzos educativos, de promoción y educación a diversas poblaciones incluyendo a escuelas y universidades sobre el enlace a cuidado 1.1.4 Promover entre los proveedores el modelo de intervención diferenciada, incluyendo el establecimiento de planes individualizados desde el inicio y enfoques de discusión de casos interdisciplinarios. 1.1.5 Implementar mecanismos que permitan identificar de manera continua barreras y necesidades apremiantes de servicio. 1.1.6 Fortalecer los procesos de recopilación, manejo y diseminación de los indicadores de diagnóstico y enlace a cuidado

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- Programa RWHAP Parte B/ADAP y Programa de Prevención ETS/VIH/HV- y División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH) ■ RWHAP Parte A - MAI y Proyecto TIES del Municipio de San Juan ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipiente EHE — San Juan y Jurisdicción
Aliados clave	■ Laboratorios clínicos y hospitalarios ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Hospitales (Salas de Parto y Salas de Emergencias) ■ IPAs ■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios ■ Centros 330 (*FQHCs*) ■ Personal interdisciplinario (manejadores de casos, trabajo social, navegación, alcance/enlace a tratamiento, pares y promotores de salud) ■ Cuerpos Asesores de Planificación ■ Departamento de Educación

	■ Instituciones académicas de educación superior
Medidas de desempeño	■ # de personas con diagnóstico nuevo al VIH enlazadas a cuidado en o antes de 15 días del diagnóstico (numerador) ■ # total de personas con diagnóstico nuevo al VIH en el período (denominador) ■ % de enlace temprano (≤15 días) respecto al total de Dx nuevos del año ■ Mediana de días desde diagnóstico hasta primera visita clínica de VIH ■ # de proveedores capacitados en el protocolo estandarizado de enlace temprano
Progreso hacia objetivos nacionales	Avanza el primer componente del Continuo de Cuidado; aporta directamente al objetivo federal del pilar de tratamiento. Contribuye a reducir el tiempo entre diagnóstico y enlace y acelera la entrada a tratamiento antirretroviral, condición previa indispensable para alcanzar el 95% de supresión viral del VIH National Strategic Plan 2021-2025 (95-95-95).
Fuentes de fondos	■ HRSA, CDC, CDC-EHE, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fundaciones, Fondos estatales

Objetivo 2

Para el 2031, aumentar en al menos un 10% el número de personas con diagnóstico nuevo al VIH que reciben prescripción de antirretrovirales en o antes de 7 días de conocer su diagnóstico.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
2.1 Establecer y promover la implementación de protocolos de iniciación rápida (PIR)	■ Personas con diagnóstico nuevo al VIH ■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH	2.1.1 Identificar barreras actuales, administrativas, de política pública y sistémicas, que limitan el acceso temprano a antirretrovirales (Readiness Instrument) 2.1.2 Desarrollar recomendaciones de cambios a política pública y procesos administrativos para atender las barreras identificadas. 2.1.3 Desarrollar protocolo de iniciación rápida, que incluya el atemperar los procesos clínicos para asegurar o garantizar la prescripción en o antes de 7 días 2.1.4 Promover y capacitar a la fuerza laboral de VIH en el protocolo y sobre inicio rápido en medicamentos TAR 2.1.5 Promover entre los proveedores el modelo de intervención diferenciada, incluyendo el establecimiento de planes individualizados desde el inicio y enfoques de discusión de casos interdisciplinarios.

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- Programa RWHAP Parte B/ADAP) ■ RWHAP Parte A MAI - Proyecto TIES ■ RWHAP Parte C

	■ RWHAP Parte D ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipiente EHE — San Juan
Aliados clave	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Promotores de salud, Trabajadores de enlace a cuidado, Navegadores/Pares, Manejadores de casos ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Compañías farmacéuticas ■ Laboratorios clínicos ■ Farmacias ■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios ■ Centros 330 (*FQHCs*) ■ Hospitales públicos y privados ■ Manejadores de casos ■ Asociaciones profesionales y centros de educación continua ■ Legislatura ■ Cuerpos Asesores de Planificación
Medidas de desempeño	■ # de personas con Dx nuevo al VIH que reciben prescripción de TAR en o antes de 7 días de conocer su Dx (numerador) ■ # total de personas con Dx nuevo en el período (denominador) ■ % de inicio rápido de TAR (≤7 días) respecto al total de casos nuevos de VIH que conocen su Dx ■ Cambio porcentual anual respecto a la línea base (≥10 % aumento acumulado para 2031) ■ # de centros que adoptan formalmente el Protocolo de Iniciación Rápida (PIR) ■ # de proveedores capacitados en PIR y prescripción rápida
Progreso hacia objetivos nacionales	Acelera la transición de diagnóstico a tratamiento efectivo, contribuyendo al pilar de tratamiento. Cada día que se reduce el tiempo entre el diagnóstico y supresión viral disminuye el riesgo de transmisión comunitaria y mejora el pronóstico individual.
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Fundaciones, Fondos estatales, Planes médicos privados

Objetivo 3

Para 2031, aumentar en al menos un 10% el reenlace a tratamiento de personas previamente diagnosticadas con VIH que han abandonado el cuidado médico.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
3.1 Optimizar y expandir la provisión de servicios de tratamiento del VIH dirigidos a poblaciones vulnerabilizadas, incorporando mecanismos para la identificación	■ Personas previamente diagnosticadas con VIH que abandonaron cuidado por ≥6 meses ■ Personas con carga viral no suprimida	3.1.1 Implementar mecanismos para la identificación continua de barreras estructurales que impiden adherencia al tratamiento para atender las necesidades relacionadas 3.1.2 Fortalecer el uso de las bases de datos para identificar personas fuera de tratamiento ≥6 meses 3.1.3 Capacitar al personal y proveedores en prácticas basadas en evidencia y

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
continua y respuesta efectiva a necesidades emergentes.	identificadas en bases de datos ■ Subpoblaciones con mayor riesgo de abandono: jóvenes 13–24, HSH, personas con uso problemático de sustancias, Ciudadanos que regresan a la jurisdicción ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable	mejores prácticas para la retención y reenlace a cuidado 3.1.4 Implementar acuerdos con universidades y asociaciones profesionales para promover la diversificación y fortalecimiento de la fuerza laboral (navegadores, Trabajadores de Enlace y Alcance Comunitario) 3.1.5 Promover la implementación de modelos de atención integral diferenciada y centrados en la persona 3.1.6 Establecer alianzas con otras entidades para promover el acceso de la población con diagnóstico de VIH a otros servicios esenciales para atender las necesidades identificadas

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- Programa RWHAP Parte B/ADAP y HOPWA) ■ RWHAP Parte A MAI - Proyecto TIES ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipiente EHE — San Juan ■ HOPWA (Municipio de San Juan)
Aliados clave	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados Programas federales y estatales de servicios sociales ■ Departamento de la Familia ■ Procurador del Paciente ■ Instituciones académicas de educación superior ■ Centros 330 (*FQHCs*) ■ Cuerpos Asesores de Planificación
Medidas de desempeño	■ # de personas previamente diagnosticadas reenlazadas a cuidado tras ≥6 meses fuera de tratamiento (numerador) ■ # de personas identificadas en bases de datos como fuera de cuidado ≥6 meses (denominador) ■ % de reenlace respecto a personas fuera de cuidado identificadas ■ Cambio porcentual anual respecto a la línea base (≥10 % aumento acumulado para 2031) ■ # de navegadores y trabajadores de enlace capacitados ■ # de alianzas establecidas
Progreso hacia objetivos nacionales	Reenlaza personas que se identificaron como fuera del continuo de cuidado, cerrando brechas críticas de retención y reduce la transmisión asociada a interrupción del tratamiento. Contribuye al segundo pilar (retención en tratamiento 95-95-95).
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fondos estatales

Objetivo 4

Para 2031, asegurar que al menos el 90% de las personas con diagnóstico positivo al VIH estén retenidas en cuidado.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
4.1 Ampliar la capacidad del sistema para proporcionar atención integral diferenciada y centrada en la persona	■ Personas con diagnóstico positivo al VIH	4.1.1 Generar un perfil de las poblaciones con mayor dificultad de retención en cuidado 4.1.2 Implementar mecanismos para la identificación continua de barreras estructurales que impiden adherencia al tratamiento para atender las necesidades relacionadas a estas 4.1.3 Establecer alianzas con otras entidades para promover el acceso de la población con diagnóstico de VIH a otros servicios esenciales para atender las necesidades identificadas 4.1.4 Aumentar los servicios de apoyo o complementarios incluyendo, pero sin limitarse a los servicios de transportación y alcance 4.1.5 Promover la implementación de modelos de atención integral diferenciada y centrados en la persona 4.1.6 Educar y capacitar sobre la importancia de la retención tanto a proveedores como a participantes

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- Programa RWHAP Parte B/ADAP; División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH) ■ RWHAP Parte A MAI - Proyecto TIES ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC ■ Recipiente EHE — San Juan
Aliados clave	■ Departamento de Salud de PR (Programa de Prevención VIH/ETS/HV) ■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios ■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Agencias gubernamentales que coordinan servicios de apoyo (transportación, vivienda, alimentación) ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Departamento de Corrección y Rehabilitación ■ Instituciones académicas de educación superior ■ OBCs y organizaciones sociales del entorno comunitario ■ Centros 330 (FQHC) ■ Cuerpos Asesores de Planificación ■ Departamento de la Familia

Medidas de desempeño	■ # de personas con diagnóstico positivo al VIH retenidas en cuidado, definidas como ≥2 visitas clínicas de VIH separadas por al menos 90 días en un período de 12 meses (numerador) ■ # total de personas con diagnóstico positivo al VIH registradas en el sistema (denominador) ■ % de retención en cuidado del total con Dx VIH positivo ■ % de retención por subpoblación identificada en el perfil generado de las poblaciones en cuidado médico
Progreso hacia objetivos nacionales	Sostiene el escalón de retención en el continuo, siendo la retención el predictor más fuerte de supresión viral sostenida.
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fondos, estatales en vivienda, uso problemático de sustancias, familia y otros.

Objetivo 5

Para 2031, ampliar la capacidad del sistema de prestación de servicios para aumentar el porcentaje de supresión viral sostenida entre las personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico, mediante un modelo de atención integral diferenciada y centrada en la persona.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
5.1 Aumentar la accesibilidad y flexibilidad del sistema en la prestación de servicios de atención adaptada a las necesidades identificadas de la población	■ Personas con diagnóstico positivo al VIH retenidas en cuidado ■ Proveedores	5.1.1 Divulgar las necesidades identificadas a actores de interés que puedan colaborar en el fortalecimiento del sistema de atención integral diferenciada y centrada en la persona. 5.1.2 Establecer sistemas y procedimientos para viabilizar la colaboración de los actores identificados 5.1.3 Alinear los planes de servicio a las necesidades identificadas a través de los estudios y avalúos vigentes sobre la población de personas con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico 5.1.4 Implementar los servicios de atención adaptada a las necesidades identificadas de la población 5.1.5 Desarrollar un plan de monitoreo continuo para evaluar las estrategias implementadas

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- Programa RWHAP Parte B/ADAP) ■ RWHAP Parte A ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ Recipiente EHE — San Juan
Aliados clave	■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios ■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Agencias gubernamentales que coordinan servicios de apoyo

	■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Instituciones académicas de educación superior y centros de avalúo de necesidades poblacionales ■ OBCs ■ Cuerpos Asesores de Planificación
Medidas de desempeño	■ # de personas con diagnóstico positivo al VIH con supresión viral sostenida, definida como carga viral <200 copias/mL en todas las pruebas durante el último año (numerador) ■ # total de personas con diagnóstico positivo al VIH retenidas en cuidado (denominador) ■ % de supresión viral sostenida entre todas las personas retenidas en cuidado ■ # de modelos de atención diferenciada implementados con base en avalúos de necesidades vigentes ■ Existencia y vigencia del plan de monitoreo continuo de la Meta de Tratamiento
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye a la Meta Nacional que se promueve a través de las Guías de Planificación Integrada de lograr la supresión viral sostenida. Es el indicador relacionado a la medida del éxito agregado del sistema de tratamiento de VIH; cuando las personas con diagnóstico positivo al VIH alcanzan la supresión viral no detectable no transmiten el virus (U=U / Indetectable = Intransmisible).
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fondos estatales.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
5.2 Fortalecer y diversificar las competencias y destrezas de la fuerza laboral vinculada con temas de VIH mediante la capacitación en modelos de intervención enfocados en poblaciones vulnerabilizadas	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Instituciones Académicas de Educación Superior ■ Administradores de servicios ■ Clínicas comunitarias ■ Asociación de Salud Primaria ■ Asociación de Hospitales ■ OSFLs	5.2.1 Determinar las competencias a fortalecer en la fuerza laboral vinculada con temas de VIH 5.2.2 Capacitar sobre guías de intervención diferenciada y modelos integrales centrados en la persona 5.2.3 Facilitar la integración de experiencias prácticas en el campo de VIH (pasantías, internados) en programas educativos de profesionales de la salud en formación

Partes responsables	■ RWHAP Parte F — NECA/AETC ■ Departamento de Salud (SPCEIT- ■ Programa RWHAP Parte B/ADAP) ■ RWHAP Parte A ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ Recipiente EHE — San Juan
Aliados clave	■ Instituciones de Educación Superior

	■ Escuelas de Medicina, Salud Pública, Enfermería; programas de residencia ■ Agencias acreditadoras ■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Asociaciones profesionales ■ Clínicas comunitarias y OBCs ■ Centros 330 (FQHCs) ■ Cuerpos Asesores de Planificación ■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios
Medidas de desempeño	■ # de proveedores y personal interdisciplinario capacitados anualmente en modelos de intervención integral centrados en la persona y poblaciones vulnerabilizadas ■ # de pasantías e internados en VIH integrados en programas educativos de profesionales de la salud en formación ■ # de currículos académicos que incorporan tópicos de VIH y poblaciones vulnerabilizadas ■ Cobertura geográfica de la capacitación AETC (regiones de PR cubiertas anualmente)
Progreso hacia objetivos nacionales	Fortalece la capacidad del sistema de prestación de servicios para viabilizar los cuatro componentes del Continuo de Cuidado.
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fundaciones, Fondos estatales

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
5.3 Desarrollo y fortalecimiento de alianzas multisectoriales para el tratamiento del VIH y comorbilidades relevantes en el perfil epidemiológico de la población servida, así como en áreas prioritarias de servicios de apoyo (psicosocial, vivienda, servicios con base en el hogar)	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Departamento de Educación ■ Instituciones Académicas de Educación Superior ■ Administradores de servicios ■ Clínicas comunitarias ■ Asociación de Salud Primaria ■ Asociación de Hospitales ■ OSFLs	5.3.1 Formalizar acuerdos de colaboración entre programas de VIH y sectores clave 5.3.2 Desarrollar un sistema de referidos estandarizado para fortalecer la coordinación con otros proveedores de servicios para atender las necesidades clínicas y de apoyo de la población 5.3.3 Desarrollar directorio de programas de servicios con ofrecimientos, requisitos y puntos de contacto para viabilizar el sistema de referidos 5.3.4 Fortalecer el Sistema de elegibilidad uniforme de los Programas Ryan White en Puerto Rico para aumentar la utilización y eficiencia de la plataforma.

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT- ■ Programa RWHAP Parte B/ADAP; OIAT) ■ RWHAP Parte F — NECA/AETC ■ RWHAP Parte A ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D ■ Recipiente EHE — San Juan

Aliados clave	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH ■ Centros clínicos municipales, estatales, privados y comunitarios ■ Asociación de Salud Primaria; Asociación de Hospitales ■ Agencias gubernamentales que coordinan servicios de apoyo ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Instituciones académicas de Educación Superior ■ Clínicas Multidisciplinarias de UPR-RCM ■ Centro Comprensivo de Cáncer de la UPR ■ Departamento de la Vivienda ■ Departamento de la Familia ■ ASSMCA ■ Procurador del Paciente ■ Cuerpos Asesores de Planificación
Medidas de desempeño	■ # de Memorandos de Entendimiento (MOUs) activos entre programas de VIH y sectores clave ■ # de referidos completados a través del sistema estandarizado (manual y digital) ■ % de transición del sistema de referidos de manual a digital ■ Vigencia y uso del directorio de programas de servicios ■ Aumento del nivel de uso del sistema de elegibilidad uniforme de Ryan White en Puerto Rico
Progreso hacia objetivos nacionales	Fortalece la coordinación multisectorial. Las alianzas reducen la duplicación de esfuerzos, optimizan recursos limitados y extienden el alcance del sistema más allá de los recipientes directos de fondos federales.
Fuentes de fondos	■ HRSA, ASES / Medicaid, Planes médicos privados, Fundaciones, Fondos estatales

c. PREVENCIÓN

META DE PREVENCIÓN
Prevenir nuevas transmisiones de VIH en Puerto Rico mediante un modelo integrado de prevención comunitaria, biomédica y epidemiológica que garantice acceso a intervenciones probadas a nivel de Puerto Rico.

Objetivo 1

Para 2031, implementar un modelo integrado de prevención comunitaria con enfoque sindémico, cernimiento de VIH, ITS, hepatitis virales y TB, servicios de PrEP/PEP y mecanismos de referido a servicios, con al menos una estrategia en cada una de las regiones de Salud de Puerto Rico.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
1.1 Desarrollar una guía de prevención combinada (condones,	■ Población general ■ Menores de 18 años y jóvenes (estudiantes de escuela y colegio)	1.1.1 Establecer un grupo de trabajo para desarrollar la guía de prevención combinada, en alineación con la guía sindémica de la Meta de Respuesta.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
información sobre ITS, PrEP, PEP, mecanismos de referido y otros) aplicable a escenarios comunitarios, escolares y clínicos.	■ Profesionales de salud y personal administrativo ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable ■ Mujeres embarazadas ■ Padres, encargados y personal escolar ■ PID	1.1.2 Desarrollar y diseminar materiales y campañas educativas dirigidas a entornos frecuentados por personas entre las edades de 13 a 24 años, con énfasis en prevención, bienestar integral y acceso a servicios de apoyo y salud.
		1.1.3 Capacitar al personal administrativo y de toma de decisiones que construye e implementa la guía, así como a profesionales de salud, líderes comunitarios y personal escolar.
1.2 Establecer una infraestructura de acuerdos colaborativos multisectoriales en cada región de salud (DSPR, OBCs, municipios, escuelas, médicos primarios, farmacias) que reduzca duplicidad de esfuerzos y formalice el "quién hace qué" mediante un *stakeholder mapping* mantenido al día.	■ Población general ■ Menores de 18 años y jóvenes (estudiantes de escuela y colegio). ■ Profesionales de salud y personal administrativo ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Personas privadas de libertad. ■ Personas que no buscan servicios por estigma. ■ Mujeres embarazadas. ■ Padres, encargados y personal escolar	1.2.1 Realizar y mantener actualizado un stakeholder mapping regional que documente recursos, capacidades y vacíos por región de Salud, en coordinación con la Asociación de Salud Primaria y OBCs.
		1.2.2 Establecer acuerdos colaborativos formales entre DSPR, OBCs, municipios, médicos primarios, farmacias comunitarias y centros educativos para fortalecer el componente multisectorial de la prevención.
		1.2.3 Crear y mantener una plataforma o directorio interagencial con la oferta regional de servicios de prevención (condones, educación, cernimiento, PrEP/PEP, referidos), accesible al público y a proveedores.
1.3 Viabilizar el acceso continuo a condones, materiales educativos, pruebas de cernimiento y referidos a través de una red regional de OBCs y puntos de servicio fortalecidos en su capacidad técnica y financiera.	■ Población general ■ Jóvenes (estudiantes de escuela y colegio). ■ Profesionales de salud y personal administrativo ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Personas privadas de libertad. ■ Personas que no buscan servicios por estigma. ■ Mujeres embarazadas.	1.3.1 Promover el acceso continuo a condones y materiales informativos en puntos clave por región (OBCs, farmacias, centros de cuido, gimnasios, eventos comunitarios, escuelas, según marco legal aplicable a menores).

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
	■ Padres, encargados y personal escolar. ■ PID	
1.4 Fortalecer los servicios de prevención dirigidos a personas que usan drogas inyectables (PID), con el fin de reducir nuevas transmisiones de VIH, hepatitis virales e ITS, promover prácticas seguras y aumentar el acceso a servicios de salud integrados en Puerto Rico.	■ PID ■ Personas con trastorno de uso de sustancias ■ Personas con alto riesgo de VIH y Hepatitis virales ■ Personas sin hogar o con vivienda inestable. ■ Comunidades con alta vulnerabilidad social y limitada vinculación a servicios de salud.	1.4.1 Identificar y diversificar fuentes de fondos para fortalecer la capacidad de las OBCs. 1.4.2 Continuar actividades de alcance comunitario ("outreach") dirigidas a PID en áreas identificadas con alta vulnerabilidad y riesgo para educación, materiales y vinculación a servicios de salud. 1.4.3 Capacitar personal y colaboradores comunitarios en servicios de prevención para PID, manejo de estigma y enfoque integral centrado en la persona.

Partes responsables	■ DSPR: División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH y Sistema de Vigilancia de Hepatitis C; SPCEIT-Programa de Prevención ETS/VIH/HV); CPTETs ■ Recipientes EHE — San Juan y Jurisdicción
Aliados clave	■ Departamento de Educación ■ Departamento de la Familia ■ Asociación de Profesionales de Salud; Colegio de Médicos y Cirujanos de PR; Asociación de Salud Primaria ■ Médicos primarios y centros de atención primaria ■ Municipios ■ Centros 330 / *FQHCs* ■ OBCs ■ AME San Juan ■ Pares, promotores de salud, navegadores y líderes comunitarios ■ Padres, encargados y personal docente ■ Productores de eventos comunitarios; centros deportivos y gimnasios ■ Farmacias comunitarias y cadenas farmacéuticas ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Comisionado de Seguros ■ Instituciones académicas de educación superior (Escuelas de Medicina, Salud Pública, Enfermería, comunicación en salud y otras) ■ Fundaciones y sector privado ■ Cuerpos asesores de planificación
Medidas de desempeño	■ Numerador: # de regiones de Salud con al menos una estrategia activa y sostenida del modelo integrado de prevención comunitaria documentada (con acuerdos colaborativos vigentes y oferta de los

	componentes mínimos: condones + educación + cernimiento + referido a PrEP/PEP). ■ Denominador: # total de regiones de salud de Puerto Rico. ■ % objetivo: 100% de regiones de salud con al menos una estrategia activa para 2031. ■ # de acuerdos colaborativos formales vigentes por región y por tipo de aliado (OBCs, municipios, escuelas, farmacias). ■ # de condones distribuidos anualmente por región y por punto de servicio. ■ # de personas alcanzadas por campañas educativas y módulos sindémicos por subpoblación. ■ # de profesionales de salud, personal escolar y líderes comunitarios capacitados anualmente. ■ Vigencia y uso del stakeholder mapping y de la plataforma/directorio regional. ■ # y % de personas referidas desde el modelo integrado a PrEP, PEP, cernimiento sindémico y servicios de tratamiento. ■ Indicador nacional asociado: EHE pillar Prevent (modelo combinado de prevención); aporta a la reducción de nuevas infecciones (75% para 2025, 90% para 2030; baseline 2017 = 37,000 infecciones nuevas anuales) y al primer 95 vía cernimiento sindémico integrado.
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye al pilar de Prevención de EHE y a avanzar la meta federal de reducción de nuevas infecciones del 75% para 2025 y 90% para 2030.
Fuentes de fondos	■ CDC, ASES / Medicaid Puerto Rico, Planes médicos privados, Fondos estatales, Fundaciones y sector privado

Objetivo 2

Para 2031, aumentar la cobertura efectiva de PrEP entre personas residentes en Puerto Rico a al menos 50%, mediante la implementación de Rapid Linkage to PrEP, la diversificación de servicios de navegación, la estandarización de la prescripción y la educación continua mandatoria a proveedores médicos.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
2.1 Implementar a nivel de Puerto Rico un protocolo de Rapid Linkage to PrEP que asegure la prescripción y el inicio del medicamento dentro de un marco de tiempo corto desde el contacto inicial (cernimiento, autoprueba reactiva no-VIH,	■ HSH (hombres que tienen sexo con hombres) ■ Trabajadoras y trabajadores del sexo. ■ Parejas serodiscordantes. ■ Personas que se inyectan drogas. ■ Personas con ITS recurrentes ■ Adolescentes y adultos jóvenes con indicación clínica (según marco	2.1.1 Desarrollar e implementar el protocolo de Rapid Linkage to PrEP, con criterios estandarizados de prescripción (modelo equivalente al anticonceptivo), flujos diferenciados según escenario (clínico, comunitario, autoprueba, post-evento de exposición). 2.1.2 Articular el protocolo con el flujo del cernimiento sindémico y con la guía de detección sindémica de modo que toda persona con resultado reactivo de ITS sea evaluada para PrEP en la misma visita.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
evento de exposición o solicitud directa), con criterios estandarizados de elegibilidad clínica y modelo de receta de PrEP.	legal aplicable a menores). ■ Personas en zonas geográficas con *clusters* identificados. ■ Proveedores médicos que pueden prescribir	2.1.3 Desarrollar y mantener un *dashboard* de prescripciones y adherencia a PrEP para monitoreo continuo de cobertura por subpoblación y por región.
2.2 Ampliar la red de proveedores prescriptores de PrEP mediante intervenciones de *public health detailing,* educación continua mandatoria y articulación con el Comisionado de Seguros y aseguradoras para uniformar la aprobación, cobertura y reembolso de PrEP.	■ Proveedores médicos que pueden prescribir	2.2.1 Implementar intervenciones de *public health detailing* con proveedores médicos primarios, ginecólogos, infectólogos y especialistas de salud sexual, con énfasis en zonas de menor densidad de prescriptores. 2.2.2 Establecer educación continua, con créditos CME, sobre PrEP/PEP, en alianza con el Colegio de Médicos y Cirujanos de PR, NECA/AETC y las Escuelas de Medicina y Enfermería. 2.2.3 Articular con el Comisionado de Seguros y con aseguradoras (planes médicos del Gobierno y privados) la uniformidad de criterios de aprobación, cobertura y reembolso de PrEP, eliminando barreras de autorización previa innecesarias.
2.3 Diversificar y fortalecer los servicios de navegación de PrEP y asegurar el seguimiento post-prescripción para sostener la adherencia.	■ Proveedores de servicios clínicos y manejadores de caso	2.3.1 Ampliar la red de servicios de navegación de PrEP mediante acuerdos colaborativos con OBCs (AME San Juan, Control V y otras), con horarios extendidos no tradicionales y modalidad mixta (presencial, virtual, telesalud). 2.3.2 Implementar navegación de pares con énfasis en poblaciones priorizadas (HSH latinos, personas en zonas rurales) para sostener la adherencia y el seguimiento post-prescripción. 2.3.3 Aumentar la divulgación pública de información sobre PrEP a través de campañas dirigidas, en coordinación con el modelo integrado de prevención comunitaria.

Partes responsables	■ DSPR (SPCEIT - Programa de Prevención VIH/ETS/HV, CPTETs; División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH y Vigilancia ETS) ■ Recipiente EHE — San Juan y Jurisdicción

Aliados clave	■ Proveedores de salud ■ Colegio de Médicos y Cirujanos de PR; Asociación de Salud Primaria ■ Centros 330 / *FQHCs* ■ AME San Juan ■ OBCs ■ Comisionado de Seguros ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Instituciones académicas de educación superior (Escuelas de Medicina, Salud Pública, Enfermería) ■ Farmacéuticas y farmacias comunitarias ■ Manejadores de casos ■ Cuerpos asesores de planificación ■ Programas de uso de sustancias y reducción de daños
Medidas de desempeño	■ Numerador: # de personas con indicación clínica para PrEP residentes en PR que reciben prescripción y al menos un fill documentado en el período. ■ Denominador: # estimado de personas con indicación clínica para PrEP en PR (estimado epidemiológico federal/jurisdiccional). ■ % objetivo: ≥50% de cobertura efectiva de PrEP para 2031.
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye al pilar prevención del EHE y a la promoción de PrEP/PEP y otras como estrategias de prevención combinada. Avanza también la meta federal de reducción de nuevas infecciones en 90% para 2030.
Fuentes de fondos	■ EHE Initiative — San Juan y Jurisdicción, CDC, ASES / Medicaid, Puerto Rico, Planes médicos privados, Programas de asistencia a copagos de farmacéuticas, Fondos estatales, Fundaciones y sector privado

Objetivo 3

Para 2031, eliminar la transmisión perinatal de VIH en Puerto Rico y reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de la mitad de la línea base 2026, mediante un registro de Puerto Rico de mujeres embarazadas con cernimiento sindémico (VIH, sífilis, hepatitis virales, otras ITS, TB), enlace a cuidado y tratamiento, coordinación interagencial efectiva (DSPR, WIC, PAN, Medicaid/ASES, hospitales), disponibilidad universal de medicamentos profilácticos en hospitales y capacitación del recurso humano obstétrico/pediátrico.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
3.1 Crear y operar un registro de PR de mujeres embarazadas centrado en evaluaciones prenatales, cernimiento sindémico (VIH, sífilis, hepatitis B y C, otras ITS, TB), resultados, enlace	■ Mujeres embarazadas (cobertura universal en todos los trimestres y en sala de parto para mujeres sin cuidado prenatal previo). ■ Mujeres en edad reproductiva. ■ Recién nacidos de madres con VIH y/o	3.1.1 Diseñar e implementar, en alianza con el Sistema de Vigilancia VIH del DSPR, BioPortal y laboratorios, el registro de mujeres embarazadas a nivel de Puerto Rico con cernimiento sindémico, con flujos de derivación claros para resultados reactivos. 3.1.2 Mantener un protocolo de cernimiento sindémico mandatorio en al menos dos puntos del embarazo (primer trimestre y tercer trimestre) y en sala de parto para mujeres sin documentación

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
a cuidado y tratamiento, con interoperabilidad con BioPortal, laboratorios y Sistema de Vigilancia del DSPR.	sífilis (cuidado postnatal y profilaxis). ■ Proveedores OB/GYN, pediatras, enfermería obstétrica y pediátrica, infectólogos. ■ Personal de planificación familiar y de salud sexual. ■ Mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad (uso de sustancias, vivienda inestable, sin cuidado prenatal documentado).	previa, con prueba rápida cuando aplique. 3.1.3 Integrar el registro con la guía de detección sindémica, asegurando que toda mujer con resultado reactivo entre en cuidado clínico inmediatamente.
3.2 Establecer una coordinación interagencial e intersectorial formal entre el DSPR, WIC, PAN, Medicaid/ASES, hospitales con sala de parto, planes médicos, planificación familiar, OB/GYN, pediatría, infectología y laboratorios clínicos, con mecanismos de intercambio de datos y derivación.	■ Mujeres embarazadas (cobertura universal en todos los trimestres y en sala de parto para mujeres sin cuidado prenatal previo). ■ Mujeres en edad reproductiva. ■ Recién nacidos de madres con VIH y/o sífilis (cuidado postnatal y profilaxis). ■ Proveedores OB/GYN, pediatras, enfermería obstétrica y pediátrica, infectólogos. ■ Personal de planificación familiar y de salud sexual. ■ Mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad (uso de sustancias, vivienda inestable, sin cuidado prenatal documentado).	3.2.1 Fortalecer y operacionalizar la Junta de Prevención de Infecciones Perinatales como la mesa permanente de coordinación Interagencial e intersectorial para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias dirigidas a la eliminación de la transmisión perinatal de VIH, sífilis congénita, hepatitis virales desde un enfoque sindémico, con participación del DSPR, WIC, PAN, Medicaid/ASES, hospitales con sala de parto, planes médicos privados, planificación familiar, asociaciones de OB/GYN, pediatría, infectología y laboratorios clínicos. 3.2.2 Formalizar acuerdos de intercambio de datos entre las agencias participantes para superar la barrera documentada en el taller ("no se comparten datos") y evitar la pérdida de seguimiento entre cuidado prenatal, parto, cuidado postnatal y pediátrico. 3.2.3 Coordinar, en colaboración con WIC, PAN, Centros 330, programas de planificación familiar, organizaciones comunitarias, hospitales y proveedores de cuidado prenatal, mecanismos de identificación temprana y referido de mujeres embarazadas que no estén vinculadas a cuidado prenatal regular, priorizando poblaciones en mayor vulnerabilidad, para facilitar acceso oportuno a cernimiento sindémico,

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
		servicios prenatales, enlace a cuidado y seguimiento continuo.
3.3 Promover el acceso oportuno a pruebas rápidas y de medicamentos profilácticos (antirretrovirales para profilaxis perinatal y penicilina para sífilis materna) en todos los hospitales con sala de parto, así como la capacidad técnica del recurso humano obstétrico, de enfermería y pediátrico.	■ Mujeres embarazadas (cobertura universal en todos los trimestres y en sala de parto para mujeres sin cuidado prenatal previo). ■ Mujeres en edad reproductiva. ■ Recién nacidos de madres con VIH y/o sífilis (cuidado postnatal y profilaxis). ■ Proveedores OB/GYN, pediatras, enfermería obstétrica y pediátrica, infectólogos. ■ Personal de planificación familiar y de salud sexual. ■ Mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad (uso de sustancias, vivienda inestable, sin cuidado prenatal documentado).	3.3.1 Asegurar, en alianza con el Comisionado de Seguros, ASES, planes médicos privados y el Departamento de Salud, a disponibilidad universal de pruebas rápidas de VIH, sífilis, hepatitis virales y TB y de medicamentos profilácticos (antirretrovirales para profilaxis perinatal, penicilina parenteral para sífilis materna y congénita) en todos los hospitales con sala de parto. 3.3.2 Desarrollar y ofrecer capacitaciones periódicas, dirigidas al recurso humano obstétrico, pediátrico, de enfermería e infectología sobre cernimiento sindémico, profilaxis perinatal y manejo clínico de VIH, sífilis materna/congénita, otras ITS y TB durante el embarazo y el manejo del infante. 3.3.3 Realizar campañas educativas con enfoque en prevención prenatal dirigidas a mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas y sus parejas, en coordinación con el modelo integrado de prevención comunitaria. 3.3.4 Realizar actividades comunitarias y educativas de alcance en municipios y regiones con menor acceso a servicios, dirigidas a promover la prevención perinatal, la educación sobre VIH, sífilis, hepatitis virales, otras ITS y TB, así como la importancia del cuidado prenatal temprano, el cernimiento oportuno y el enlace a servicios de salud.

Partes responsables	■ DSPR (SPCEIT - Programa de Prevención VIH/ETS/HV, CPTETs; División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH, Vigilancia ETS y Sistema de Vigilancia de Hepatitis C) ■ Recipiente EHE — San Juan y Jurisdicción
Aliados clave	■ Departamento de Salud (Sección de Madres, Niños y Adolescentes) ■ Programa WIC (Women, Infants, and Children) ■ Programa de Asistencia Nutricional (PAN) ■ Medicaid Puerto Rico / ASES ■ Hospitales con sala de parto (públicos y privados) ■ Asociación de OB/GYN; Asociación de Pediatría; Sociedad de Infectología; Colegio de Médicos y Cirujanos de PR; Asociación de Enfermería ■ Grupo de Planificación Familiar

	■ Clínicas que prestan cuidados prenatales ■ Centros 330 / *FQHCs* ■ Laboratorios clínicos ■ Comisionado de Seguros ■ Aseguradoras y planes médicos ■ Instituciones médicas de educación superior (Escuelas de Medicina y Enfermería; UPR-RCM) ■ OBCs ■ Departamento de la Familia ■ Cuerpos asesores de planificación ■ Programas de uso de sustancias y de salud mental
Medidas de desempeño	■ Numerador: # de casos confirmados de transmisión perinatal de VIH en el período. ■ Denominador: # total de nacimientos vivos en PR en el período (referencia poblacional). ■ % objetivo (VIH perinatal): mantener ≤1 caso anual de transmisión perinatal de VIH (objetivo de eliminación, alineado con CDC y OMS). ■ Numerador: # de casos confirmados de sífilis congénita en el período. ■ Denominador: # total de nacimientos vivos en PR en el período. ■ % objetivo (sífilis congénita): reducción ≥50% respecto a línea base 2026 para 2031. ■ % de mujeres embarazadas con al menos una prueba documentada de VIH en el primer trimestre. ■ % de mujeres embarazadas con cernimiento sindémico documentado (VIH + sífilis + HepC + otras ITS) en al menos dos puntos del embarazo. ■ % de mujeres con resultado reactivo de VIH y/o sífilis durante el embarazo enlazadas a tratamiento dentro de ≤7 días. ■ % de hospitales con sala de parto que tienen disponibilidad universal documentada de pruebas rápidas y de medicamentos profilácticos. ■ # de proveedores OB/GYN, pediátricos y de enfermería capacitados anualmente. ■ # de acuerdos formales de intercambio de datos vigentes entre agencias (DSPR, WIC, PAN, Medicaid/ASES, hospitales). ■ Cobertura del registro a nivel de Puerto Rico de embarazadas (proporción de embarazos documentados).
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye al pilar Prevent del EHE y al objetivo federal y de OMS de eliminación de la transmisión perinatal de VIH. En el marco federal de referencia más reciente, NHAS 2022-2025, avanza la Meta 1 (Obj 1.2 y 1.3) por su componente de cernimiento universal y prevención biomédica perinatal, y la Meta 4 (Obj 4.1) por la integración programática con sífilis (cuya transmisión congénita es objetivo de respuesta sindémica). El NHAS no establece un target porcentual específico de transmisión perinatal de VIH precisamente porque su tasa en EE. UU. ya es muy baja, pero la eliminación sigue siendo una meta.

Fuentes de fondos	■ HRSA, CDC, EHE Initiative — San Juan y Jurisdicción, Medicaid Puerto Rico / ASES, Planes médicos privados, Fondos estatales, Fundaciones y sector privado

d. Respuesta

META DE RESPUESTA
Responder de manera coordinada, integrada y basada en datos al VIH en Puerto Rico, mediante un sistema articulado de información, coordinación intersectorial, política pública sostenible, atención a los determinantes sociales de la salud y capacidad de vigilancia epidemiológica que permita identificar y responder oportunamente a *clusters*, brechas y necesidades emergentes de servicio.

Objetivo 1

Para 2031, fortalecer la capacidad de respuesta rápida al VIH en Puerto Rico mediante el uso estratégico de datos epidemiológicos, la coordinación intersectorial y la implementación de estrategias localizadas de prevención, enlace y tratamiento, asegurando una respuesta oportuna en las comunidades con mayor riesgo de transmisión y mejorando el acceso a servicios integrados de VIH.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
1.1 Crear y operar un *Taskforce* Interagencial Permanente de Respuesta Integrada al VIH, con vigencia para toda la duración del plan, responsable de liderar este objetivo.	■ Departamento de Salud, ASES y otras agencias del ejecutivo ■ Recipientes de fondos federales con responsabilidad directa en el plan (RWHAP A/B/C/D/F, EHE, CDC HIP-HDS y vigilancia). ■ Cuerpos asesores de planificación y representación comunitaria	1.1.1 Redactar y publicar orden Ejecutiva u Orden administrativa del Secretario(a) de Salud que crea formalmente el *Taskforce*, con vigencia para la duración del plan, mandato, composición mínima y mecanismo de relevo institucional. 1.1.2 Designar miembros formales y establecer el reglamento de operación 1.1.3 Definir agenda recurrente y productos esperados (revisión de indicadores, decisiones de coordinación, respuestas a cambios en normativa federal, escalamiento de barreras y respuesta a señales del sistema de vigilancia).
1.2 Fomentar la actualización del marco de política pública relevante para la respuesta integrada al VIH	■ Gobierno Central (Ejecutivo y Departamento de Salud) ■ Asamblea Legislativa ■ ASES y Comisionado de Seguros ■ Recipientes de fondos ■ Cuerpos asesores de planificación	1.2.1 Realizar, en alianza con la Academia y otros actores, un análisis de brechas de política pública que afectan la respuesta integrada al VIH, así como áreas en las que es necesario reforzar aspectos de cumplimiento. 1.2.2 Priorizar, en consulta con *Task Force* y con cuerpos asesores, las actualizaciones normativas más urgentes 1.2.3 Avanzar, según aplique, la presentación de proyectos legislativos o reglamentos en colaboración con autores de la rama legislativa.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
1.3 Fortalecer los sistemas de captura y reporte relacionados con la vigilancia del VIH para el enlace temprano a tratamiento y el monitoreo continuo de información epidemiológica, apoyando la toma de decisiones basada en evidencia.	■ Sistema de Vigilancia VIH del Departamento de Salud y BioPortal. ■ Laboratorios clínicos y hospitalarios (red de reporte obligatorio) ■ Recipientes RWHAP A/B/C/D/F y EHE ■ ASES, planes médicos del Gobierno y privados (datos administrativos de cobertura y servicios)	1.3.1 Identificar las barreras para el cumplimiento con el reporte electrónico. 1.3.2 Realizar los ajustes correspondientes a nivel de sistema y/o política pública para atender las barreras. 1.3.3 Capacitar a proveedores clínicos en requisitos de reportes. 1.3.4 Desarrollar y desplegar *dashboards* operacionales en tiempo real con alertas automáticas para identificación temprana de *clusters* moleculares y geográficos, rezagos en enlace a cuidado y caídas en supresión viral.

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT - RWHAP Parte B/ADAP y Programa de Prevención ETS/VIH/HV; División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH) ■ Recipiente EHE - San Juan y Jurisdicción ■ RWHAP Parte F - NECA/AETC
Aliados clave	■ BioPortal y Sistema de Vigilancia VIH del DSPR ■ Laboratorios clínicos y hospitalarios ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ CDC *Division of HIV Prevention* ■ Instituciones académicas de educación superior ■ OSFL y OBCs en las áreas y poblaciones prioritarias ■ RWHAP Parte C ■ RWHAP Parte D
Medidas de desempeño	■ # de barreras identificadas ■ # de ajustes realizados a nivel de sistema de captura de datos y reporte y/o # leyes, reglamentos u órdenes administrativas actualizadas ■ # de proveedores capacitados en los requisitos de reporte
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye a la detección y respuesta de *clusters* y brotes al uso de datos para priorización geográfica y poblacional. Apoya también el pilar de una respuesta integrada.
Fuentes de fondos	■ CDC, EHE Initiative — San Juan y Jurisdicción, HRSA, Fondos estatales

Objetivo 2

Para 2031, promover la implementación de un enfoque de cernimiento sindémico (VIH, infecciones de transmisión sexual, hepatitis C y TB) en escenarios clínicos y comunitarios que asegure el enlace oportuno a cuidado médico de las personas con resultados positivos.

Estrategias	Poblaciones de enfoque	Actividades clave
2.1 Desarrollar una guía clínica estandarizada de detección sindémica simultánea (VIH + ITS + HepC + TB) que incluya combos de pruebas de ITS y sea aplicable en escenarios clínicos y comunitarios, con modelos de manejo para proveedores.	■ Proveedores de servicios, laboratorios y otro personal clínico	2.1.1 Establecer un comité técnico para desarrollar el guía sindémica y validarla. 2.1.2 Publicar y diseminar la guía, con modelos clínicos anexos para pares y navegadores, e incorporarlo formalmente a las Guías de Cuidado Preventivo del Estado. 2.1.3 Capacitar anualmente a proveedores, personal clínico, pares y promotores de salud en el enfoque sindémico, mediante NECA/AETC y alianzas con universidades.
2.2 Fortalecer la capacidad clínica y educativa del recurso humano para operar bajo el enfoque sindémico.	■ Proveedores de servicios de salud y cuidado del VIH	2.2.1 Promover la integración contenidos sindémicos en currículos de Escuelas de Medicina y Enfermería en Puerto Rico, así como en programas de educación continua acreditada. 2.2.2 Proveer capacitaciones en temas relacionados al enfoque sindémico.

Partes responsables	■ Departamento de Salud (SPCEIT - RWHAP Parte B/ADAP y Programa de Prevención ETS/VIH/HV, División de Epidemiología e Investigación - Sistema de Vigilancia VIH) ■ Recipiente EHE - San Juan y Jurisdicción ■ Ryan White Parte F (NECA/AETC)
Aliados clave	■ Laboratorios clínicos y hospitalarios ■ ASES y planes médicos del Gobierno; planes médicos privados ■ Comisionado de Seguros ■ Colegio de Médicos y Cirujanos de PR; Asociación de Salud Primaria; Asociación de Hospitales ■ Escuelas de Medicina, Salud Pública y Enfermería (UPR-RCM y otras) ■ Centros 330 / *FQHCs* ■ OBCs ■ Proveedores de servicios de salud y cuidad del VIH ■ Cuerpos Asesores de Planificación ■ Recipientes de fondos Ryan White C y D
Medidas de desempeño	■ Guía desarrollada y diseminada ■ # de proveedores, personal clínico y otros actores capacitados en la guía desarrollada ■ Propuestas de integración de contenidos sindémicos en currículos profesionales y cursos de educación continuada ■ # de capacitaciones de contenido sindémico ■ # de profesionales capacitados en contenido sindémico
Progreso hacia objetivos nacionales	Contribuye a los pilares de detección y respuesta de EHE, así como al uso de datos para priorización geográfica y poblacional. Apoya también la Meta nacional de mejorar la velocidad y precisión del diagnóstico/enlace.

Fuentes de fondos	■ HRSA, CDC, EHE Initiative — San Juan y Jurisdicción, Fondos estatales

SECCIÓN VI: IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO JURISDICCIONAL

1. ACERCAMIENTO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN

a. Implementación

La implementación del Plan Integrado 2027-2031 estará fundamentada en los principios de coordinación interprogramática, participación comunitaria, toma de decisiones basada en evidencia y mejoramiento continuo. La jurisdicción aprovechará las estructuras de colaboración desarrolladas durante el proceso de planificación integrada y las experiencias adquiridas durante la implementación de los planes previos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

Como mecanismo principal de coordinación, se establecerá un Comité Permanente de Implementación del Plan Integrado compuesto por representantes del Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales, el Área Metropolitana Elegible (AME) de San Juan, el Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Sistema de Vigilancia de VIH, el cual trabajará en coordinación con el *Task Force* recomendado como parte de las estrategias presentadas previamente. El Comité de Implementación tendrá la responsabilidad de coordinar la implementación de las estrategias, promover la integración de actividades entre programas y facilitar la resolución de barreras que puedan afectar el logro de los objetivos. La composición, roles, frecuencia de reuniones, toma de decisiones y documentación de acuerdos del Comité de Implementación podrán ser establecidos posteriormente mediante un plan de trabajo, protocolo operacional o plan de monitoreo y evaluación.

La implementación del Plan también promoverá la incorporación de nuevos colaboradores identificados durante el proceso de planificación, incluyendo organizaciones comunitarias emergentes, entidades vinculadas a vivienda, salud mental, tratamiento de uso de sustancias, instituciones académicas, sistemas de servicios para personas sin hogar y otros sectores relevantes para abordar los determinantes sociales de la salud. De igual forma, se fomentará la participación activa de personas con diagnóstico positivo al VIH y de poblaciones prioritarias, así como de los cuerpos asesores de planificación en la revisión y seguimiento de las estrategias implementadas.

La jurisdicción continuará utilizando y coordinando múltiples fuentes de financiamiento para apoyar la implementación del Plan, incluyendo fondos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Ryan White HIV/AIDS *Program (HAB/HRSA), Housing Opportunities for Persons With AIDS* (HOPWA), Medicaid (CMS), centros de salud comunitarios y otras fuentes estatales y federales. La coordinación entre estos recursos permitirá maximizar el alcance de las intervenciones, reducir duplicidades y atender de forma más efectiva las necesidades identificadas durante el proceso de planificación.

b. Monitoreo

El monitoreo del Plan Integrado se realizará mediante un sistema continuo de seguimiento de indicadores de proceso, resultados e impacto asociados a cada una de las metas y objetivos establecidos. Como parte de este esfuerzo, la jurisdicción desarrollará un Plan de Monitoreo y Evaluación que definirá los indicadores, fuentes de datos, responsables, calendarios de recopilación y mecanismos de análisis y divulgación de resultados.

El monitoreo utilizará información proveniente de múltiples sistemas y fuentes de datos, incluyendo el Sistema de Vigilancia del VIH, *CareWare*, ADAP, sistemas de información del Programa de Prevención, el AME de San Juan, bases de datos de enlace y retención en cuidado, sistemas de Medicaid, informes de proveedores y otras fuentes oficiales disponibles.

Los resultados del monitoreo serán revisados periódicamente por el Comité Permanente de Implementación y compartidos con los cuerpos asesores de planificación, Grupos de Planificación (Grupos de Planificación de Prevención, Ryan White Parte B/ADAP, Concejo de Planificación de San Juan, Comité Interpartes Ryan White Puerto Rico), colaboradores comunitarios y otros actores relevantes. Este proceso permitirá coordinar actividades entre programas de prevención y tratamiento, armonizar esfuerzos con otros planes vigentes y reducir la duplicación de actividades o posibles brechas en la prestación de servicios.

Se realizarán reuniones periódicas para revisar el progreso alcanzado, identificar desviaciones respecto a las metas establecidas y establecer acciones correctivas cuando sea necesario. Asimismo, se promoverá la coordinación de calendarios, actividades y prioridades entre los distintos programas y fuentes de financiamiento involucradas en la implementación del Plan.

c. Evaluación

La evaluación del Plan Integrado estará orientada a medir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos establecidos, así como a determinar la efectividad de las estrategias implementadas. El proceso incluirá la evaluación de indicadores relacionados con los pilares de Diagnosticar, Tratar, Prevenir y Responder, así como medidas vinculadas a la reducción de disparidades y los determinantes sociales de la salud.

Las unidades de evaluación del Programa de Prevención de VIH/ITS/Hepatitis Virales, el Programa Ryan White Parte B/ADAP, Ryan White Parte A en el AME de San Juan, el Sistema de Vigilancia de VIH y otras entidades colaboradoras serán responsables de analizar los datos recopilados y preparar informes periódicos de desempeño.

Como mínimo, los indicadores serán revisados trimestralmente y los resultados se presentarán al Comité Permanente de Implementación y a los cuerpos de planificación correspondientes. Anualmente, se llevará a cabo una actividad donde se comunicarán a los grupos de interés y participantes del proceso de planificación el progreso y logros alcanzados. Los hallazgos a presentarse en la actividad anual, igualmente, se utilizarán para identificar fortalezas, áreas de oportunidad y necesidades emergentes que requieran ajustes programáticos.

d. Mejoramiento Continuo

La jurisdicción adoptará un enfoque de mejoramiento continuo fundamentado en el uso sistemático de datos, la participación comunitaria y la evaluación periódica de resultados. Las recomendaciones derivadas de los procesos de monitoreo y evaluación serán utilizadas para ajustar estrategias, reasignar recursos cuando sea necesario y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema.

Las personas con diagnóstico positivo al VIH, las poblaciones desproporcionalmente afectadas por el VIH, los proveedores de servicios y otros colaboradores continuarán participando activamente en la revisión de resultados y en la identificación de oportunidades de mejora a través de los espacios periódicos de reunión. Las decisiones relacionadas con modificaciones al Plan serán discutidas y documentadas a través de los mecanismos formales de gobernanza establecidos para la implementación.

Según se mencionó, además de las revisiones periódicas, la jurisdicción realizará una evaluación anual del progreso del Plan Integrado para determinar si las estrategias continúan respondiendo adecuadamente a las tendencias epidemiológicas, las necesidades de la comunidad y los cambios en el entorno programático y de financiamiento.

e. Presentación de Informes y diseminación

La jurisdicción mantendrá un proceso continuo de comunicación y rendición de cuentas con los colaboradores, las personas con diagnóstico positivo al VIH, las poblaciones desproporcionalmente afectadas por el VIH y el público en general.

Los resultados del monitoreo, la evaluación y las actividades de mejoramiento continuo serán compartidos periódicamente mediante reuniones de los cuerpos de planificación, informes de progreso, presentaciones comunitarias y otros mecanismos de comunicación. Además, se preparará un informe anual de progreso que resumirá los avances alcanzados, los retos identificados y las acciones implementadas para fortalecer la respuesta al VIH.

Estos informes serán difundidos entre los colaboradores del Plan Integrado y estarán disponibles al público a través de los medios oficiales del Departamento de Salud y el AME de San Juan. Asimismo, se realizarán actividades periódicas de retroalimentación comunitaria para presentar los resultados, recoger recomendaciones y promover la participación continua de las personas con diagnóstico positivo al VIH y otras poblaciones prioritarias en la implementación del Plan.

SECCIÓN VII: CARTAS DE CONCURRENCIA

CONCEJO DE
PLANIFICACIÓN VIH/SIDA
AME DE SAN JUAN

SAN JUAN
CIUDAD CAPITAL

June 26, 2026

Víctor M. Ramos Otero, MD
Secretary
Puerto Rico Department of Health

Dear Secretary Ramos Otero:

The San Juan Eligible Metropolitan Area (EMA) Planning Council concurs with the following submission by the Puerto Rico Department of Health in response to the guidance set forth for health departments and HIV planning groups funded by the CDC's Division of HIV Prevention (DHP) and HRSA's HIV/AIDS Bureau (HAB) for the development of an Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan (Integrated Plan), including the Statewide Coordinated Statement of Need (SCSN) for calendar year (CY) 2027-2031.

The San Juan EMA Planning Council has reviewed the Puerto Rico Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan 2027-2031 submission to the CDC and HRSA to verify that it describes how programmatic activities and resources are being allocated to the most disproportionately affected people and communities and geographical areas with high rates of HIV. The planning body concurs that the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan submission fulfills the requirements put forth by the CDC's Notice of Funding Opportunity for Integrated HIV Surveillance and Prevention Programs for Health Departments and the Ryan White HIV/AIDS Program legislation and program guidance.

The San Juan EMA Planning Council provided input through a series of workshops and meetings conducted as part of the Integrated Plan development process, focusing on needs identification, strategy development, and validation. The Integrated Plan was also made available for public review through publication on the Department of Health's website, which provided a comment period for the submission of feedback and recommendations.

This Integrated Plan is for Puerto Rico as a jurisdiction and for the San Juan EMA.

The signature(s) below confirms the concurrence of the San Juan EMA Planning Council with the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan.

Miguel A. Delgado Ramos
Co-Chair
San Juan EMA Planning Council

José López Maymí
Co-Chair
San Juan EMA Planning Council

TEL. 787-480-3655 • CONCEJOAME@SANJUAN.PR • PO BOX 70179 SAN JUAN, PR 00936-8179

June 25, 2026

Víctor M. Ramos Otero, MD
Secretary
Puerto Rico Department of Health

Dear Secretary Ramos Otero:

The Ryan White Part B/ADAP Planning Group concurs with the following submission by the Puerto Rico Department of Health in response to the guidance set forth for health departments and HIV planning groups funded by the CDC's Division of HIV Prevention (DHP) and HRSA's HIV/AIDS Bureau (HAB) for the development of an Integrated HIV Prevention and Care Plan (Integrated Plan), including the Statewide Coordinated Statement of Need (SCSN) for calendar year (CY) 2027-2031.

The Ryan White Part B/ADAP Planning Group has reviewed the Puerto Rico Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan 2027-2031 submission to the CDC and HRSA to verify that it describes how programmatic activities and resources will be allocated to the most disproportionately affected people and communities and geographical areas with high rates of HIV. The planning body concurs that the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan submission fulfills the requirements put forth by the CDC's Notice of Funding Opportunity for Integrated HIV Surveillance and Prevention Programs for Health Departments and the Ryan White HIV/AIDS Program legislation and program guidance.

The Ryan White Part B/ADAP Planning Group provided input through a series of workshops and meetings conducted as part of the Integrated Plan development process, focusing on needs identification, strategy development, and validation. The Integrated Plan was also made available for public review through publication on the Department of Health's website, which provided a comment period for the submission of feedback and recommendations.

This Integrated Plan is for Puerto Rico as a jurisdiction and for the San Juan Eligible Metropolitan Area (EMA). The signature(s) below confirms the concurrence of the Ryan White Part B/ADAP Planning Group with the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan.

Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA
State Co-Chair
Ryan White Part B/ADAP Planning Group

Anselmo Fonseca Galindo
Community Co-Chair
Ryan White Part B/ADAP Planning Group

Gonzalo Maldonado Reyes
Services Providers Co-Chair
Ryan White Part B/ADAP Planning Group

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

June 24, 2026

Víctor M. Ramos Otero, MD
Secretary
Puerto Rico Department of Health

Dear Secretary Ramos Otero:

The HIV Prevention Planning Group concurs with the following submission by the Puerto Rico Department of Health in response to the guidance set forth for health departments and HIV planning groups funded by the CDC's Division of HIV Prevention (DHP) and HRSA's HIV/AIDS Bureau (HAB) for the development of an Integrated HIV Prevention and Care Plan (Integrated Plan), including the Statewide Coordinated Statement of Need (SCSN) for calendar year (CY) 2027-2031.

The HIV Prevention Planning Group has reviewed the Puerto Rico Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan 2027-2031 submission to the CDC and HRSA to verify that it describes how programmatic activities and resources are being allocated to the most disproportionately affected people and communities and geographical areas with high rates of HIV. The planning body concurs that the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan submission fulfills the requirements put forth by the CDC's Notice of Funding Opportunity for Integrated HIV Surveillance and Prevention Programs for Health Departments and the Ryan White HIV/AIDS Program legislation and program guidance.

The HIV Prevention Planning Group provided input through a series of workshops and meetings conducted as part of the Integrated Plan development process, focusing on needs identification, strategy development, and validation. The Integrated Plan was also made available for public review through publication on the Department of Health's website, which provided a comment period for the submission of feedback and recommendations.

This Integrated Plan is for Puerto Rico as a jurisdiction and for the San Juan Eligible Metropolitan Area (EMA).

The signature(s) below confirms the concurrence of the HIV Prevention Planning Group with the Integrated HIV Surveillance, Prevention, and Care Plan.

Javier Vázquez Meléndez, MBA, MPA
Director
STD/HIV/VH Prevention Program
Puerto Rico Department of Health
and State Co-Chair HIV Prevention Planning Group

GLOSARIO

	Término	Definición
A	**Adherencia**	Grado en que una persona sigue el régimen prescrito (ej. tomar TAR o PrEP a tiempo y de forma sostenida).
	AETC	AIDS Education and Training Center — red de capacitación de proveedores clínicos de VIH bajo HRSA Parte F. NECA AETC es el regional que sirve a Puerto Rico a través del Recinto de Ciencias médicas de la Universidad de Puerto Rico.
	AME San Juan	Área Metropolitana Elegible que comprende 30 municipios en Puerto Rico. Recipiente de Fondos Ryan White Parte A.
	Autoprueba (HIV self-testing)	Prueba rápida de VIH que la persona puede realizar por su cuenta. Permite diagnóstico fuera del escenario clínico; requiere protocolo de seguimiento para confirmación y enlace.
B	**BioPortal**	Aplicación del Departamento de Salud de PR que permite a las facilidades médico/hospitalarias y laboratorios clínicos de Puerto Rico reportar los resultados de laboratorio de las muestras analizadas. El reportar los resultados de laboratorio a través de esta plataforma permite mantener un sistema de vigilancia fortalecido y a su vez realizar un seguimiento de casos de forma ágil y proactiva.
C	**CAREWare**	Sistema de manejo de información clínica y de servicios de HRSA, utilizado por recipientes RWHAP para reportar el Continuo de Cuidado y métricas programáticas.
	CDR	Cluster Detection and Response — componente de los CDC para detectar e intervenir oportunamente de transmisión de VIH (moleculares y de transmisión social). Pieza central del pilar Respond del EHE.
	Centro 330	Federally Qualified Health Center (FQHC) — centro de salud financiado bajo Sección 330 del Public Health Service Act.
	Cernimiento sindémico	Estrategia de detección que ofrece simultáneamente pruebas para VIH, otras ITS y hepatitis viral (especialmente HepC), reconociendo la concurrencia epidemiológica de estas condiciones.
	Cluster	Agrupación de casos vinculados epidemiológicamente o molecularmente que indica transmisión activa y reciente. Detonante de respuesta acelerada bajo CDR.
	Continuo de Cuidado	Marco que mide el progreso de las personas con diagnóstico positivo al VIH desde el diagnóstico hasta la supresión viral sostenida.
	Cuerpos Asesores de Planificación	Grupo de Planificación para la Prevención del VIH (GPPV), Grupo de Planificación de RW, Concejo de Planificación de San Juan, Comité Interpartes RW)
	Dx	Diagnóstico.
E	**Escenarios no tradicionales**	Ofrecen alternativas confidenciales, accesibles y menos intimidantes que los hospitales o clínicas convencionales para realizarse la prueba de VIH. Incluyen, por ejemplo, eventos comunitarios, espacios públicos o viviendas privadas.
I	**IPA**	Independent Practice Association - Grupo de médicos independientes que se asocian para negociar contratos con las aseguradoras, manejar costos y coordinar tu cuidado de salud.
L	**Linkage to care**	Enlace a cuidado clínico de VIH tras un diagnóstico reactivo. Métrica del segundo 95 (vía Treat) y de los pilares Diagnose y Treat del EHE; referencia federal de ≤30 días post-Dx, con enlace rápido (Rapid Linkage) ≤7-15 días.
M	**MAI**	Minority AIDS Initiative — financiamiento federal complementario dirigido a poblaciones minoritarias con sobrecarga de VIH; opera dentro de RWHAP y de los CDC.
	Modelo de intervención o atención diferenciada	Enfoque integral centrado en la persona que adapta y simplifica los servicios de VIH según las necesidades de quienes viven con o están en riesgo de VIH, al tiempo que reduce la carga del sistema de salud. Sus principios se aplican a lo largo de todo el continuo de atención, desde la prevención y las pruebas hasta el tratamiento, seguimiento e integración con otras condiciones de salud (OMS, 2020).

	MOU / MOUs	Memorandum of Understanding — memorando(s) de entendimiento entre entidades.
O	**OB/GYN**	Obstetra/Ginecólogo
	Opt-out screening	Modalidad en la cual la prueba de VIH se incluye de forma rutinaria como parte de los análisis médicos generales. El proveedor informará que realizará el examen y la persona solo expresará negativa verbalmente o por escrito para omitirlo.
P	**PAN**	Programa de Asistencia Nutricional de PR — el equivalente local a SNAP.
	PBM	Pharmacy Benefit Manager — administrador de beneficios de farmacia.
	PEP	Post-Exposure Prophylaxis — profilaxis post-exposición; régimen antirretroviral iniciado dentro de las 72 horas posteriores a una exposición potencial al VIH.
	PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis — profilaxis pre-exposición; medicación antirretroviral preventiva para personas VIH-negativas con indicación clínica. Target federal NHAS/EHE: 50% de cobertura entre personas con indicación para 2025.
	Prevención combinada	Estrategia que articula intervenciones biomédicas (PrEP, PEP, condones, Doxy PEP), conductuales (educación, navegación) y estructurales (acceso, política pública) para la prevención del VIH.
	Proyecto Ties	Programa federal EHE para el Municipio de San Juan enfocado en el pilar 2: de enlace rápido a tratamiento y pilar 4: respuesta coordinada de nuevos brotes.
	Public health detailing	Estrategia de visitas educativas individualizadas a proveedores médicos para influir prácticas clínicas (ej. prescripción de PrEP), inspirada en el detailing farmacéutico, pero con enfoque de salud pública.
R	**Rapid Linkage to PrEP**	Protocolo que asegura prescripción e inicio de PrEP dentro de un plazo corto desde el contacto inicial (cernimiento, evento de exposición, solicitud directa).
	Reenlace	Re-engagement to care — proceso de identificar y volver a vincular al cuidado clínico a personas con diagnóstico positivo al VIH que se desconectaron del sistema. Métrica del Continuo de Cuidado y de la Meta de Tratamiento.
	Regiones de Salud	Regiones del DSPR
	Registro de embarazadas	Registro del Archipiélago de mujeres embarazadas con cernimiento sindémico, resultados y enlace. Permite cobertura de cuidado prenatal y reduce transmisión perinatal de VIH y sífilis congénita.
	Retención en cuidado	Permanencia de la persona con diagnóstico positivo al VIH en cuidado clínico continuo, medida típicamente como ≥2 visitas o pruebas de carga viral en un periodo de 12 meses con ≥3 meses de separación.
S	**SDOH**	Social Determinants of Health — determinantes sociales de la salud (vivienda, transportación, alimentación, educación, ámbito socio-penal, etc.).
	Sífilis congénita	Sífilis transmitida de madre a hijo durante el embarazo o parto.
	Sindemia / sindémico	Coexistencia y refuerzo mutuo de dos o más epidemias en una población, con interacción biológica y social que multiplica el daño.
	SPNS	Special Projects of National Significance (RWHAP Parte F) — financiamiento de innovación para modelos demostrativos de cuidado del VIH.
	Supresión viral	Carga viral del VIH por debajo del umbral de detección (típicamente <200 copias/mL).
	Supresión viral sostenida	Mantenimiento de la supresión viral durante un período prolongado (≥12 meses con todas las cargas viral igual o menor a 200 copias/mL).
U	**UDS**	Uniform Data System — sistema de reporte estandarizado de HRSA para Centros 330; fuente clave de datos clínicos primarios.
	USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
W	**WIC**	Women, Infants, and Children — programa federal de USDA de asistencia nutricional para mujeres embarazadas, lactantes y niños hasta 5 años
	WICY	Women, Infants, Children, and Youth — poblaciones beneficiarias de RWHAP.