

# Treinta años del VIH en la Región de las Américas: reflexiones sobre la epidemia por el VIH y la cooperación técnica de la OPS

Sonja Caffè\* PhD, MPH; Mirta Roses-Periago\* MD, MPH;  
Massimo Ghidinelli\* MD; Mónica Alonso González\* MD, PhD, MPH;  
Rafael Mazín\* MD, MPH; Fernando Zacarías\* MD, DrPH;  
Freddy Pérez\* MD, DTM&H; Omar Sued\* MD;  
Amalia del Riego\* MD; Marcelo Vila\* MD.

**Resumen** *La respuesta nacional de los Estados Miembros de la OPS a la epidemia por el VIH ha progresado considerablemente en estos 30 años. Todos han establecido programas sobre el VIH; el número de infecciones nuevas en América Latina y el Caribe parece estar estabilizándose y la mortalidad por el VIH disminuyó en la mayoría de los países. Se están ampliando los servicios para tratar la infección por el VIH y prevenir su transmisión maternoinfantil. Sin embargo, los avances son frágiles y queda mucho por hacer. Retos claves, como el estigma y la discriminación, la limitada sostenibilidad financiera, los sistemas de salud endebles y los enfoques verticales deben abordarse para mantener el progreso y completar la agenda inconclusa. Desde el inicio de la epidemia, la OPS ha apoyado el establecimiento de programas nacionales contra el VIH y una respuesta integrada del sector salud, e intersectorial, a esa infección. Las prioridades para la cooperación técnica continua incluyen fortalecer la prevención de la infección haciendo hincapié en las poblaciones clave, eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, expandir los servicios de pruebas de detección y tratamiento de la infección, fortalecer la vigilancia, e integrar y descentralizar los servicios para combatir la infección por el VIH. También es prioritaria la cooperación técnica para promover y proteger los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH.*

**Palabras y frases clave:** VIH, respuesta a la infección por el VIH, OPS, cooperación técnica, derechos humanos.

\*Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)  
AUTOR PARA CORRESPONDENCIA  
Dr. Sonja Caffè.  
Pan American Health Organization; 525 23rd St. N.W.  
Washington DC, 20037-2895, USA  
Correo electrónico: caffes@paho.org

## Introducción

El 5 de junio de 1981, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos informaron por primera vez sobre el sida (1). La mayoría de los países de América Latina y el Caribe registraron su primer caso de infección por el VIH/sida en el período 1982-1985 (2). Treinta años después, unos 1,6 millones de personas están infectadas por el VIH en América Latina y 240.000 en el Caribe; 53.000 de esas personas son niños (3). El Caribe tiene una prevalencia de VIH en los adultos de 1%, superada sólo por la de África subsahariana (3). Los países del Caribe con prevalencia más alta son Haití, las Bahamas y Belice. En Latinoamérica, aunque Brasil tiene el mayor número absoluto de personas infectadas por el VIH, las tasas de prevalencia más altas en adultos las tienen Honduras, Guatemala, Panamá y El Salvador.

Las mujeres constituyen más de la mitad (53%) del número notificado de personas infectadas por el VIH en el Caribe y alrededor de 35% en América Latina (3). El porcentaje de mujeres afectadas oscila de 25% en Perú a 60% en las Bahamas. Las dinámicas de género y sociales y las desigualdades contribuyen al riesgo y la vulnerabilidad diferenciados. En países como la República Dominicana, Haití, Belice y las Bahamas, la probabilidad de infección en las mujeres jóvenes (15 a 24 años) es de más de dos veces la que tienen los hombres de esa edad. En otros países, como Paraguay, Perú, México, Chile y Costa Rica, la probabilidad de infección en hombres jóvenes es mucho mayor que en mujeres jóvenes (4).

La epidemia probablemente alcanzó su cenit alrededor del año 2000, y entre 2001 y 2009 disminuyó moderadamente la tendencia de infecciones nuevas en América Latina y el Caribe (3). En 2009 ocurrieron unas 109.000 infecciones nuevas y unas 70.000 defunciones por el VIH (3). La tendencia descendente en las defunciones relacionadas con el VIH en el Caribe comenzó en 2005 (3). Varios países latinoamericanos, como Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica, informaron reducciones significativas de la mortalidad relacionada con el VIH tras introducir el tratamiento antirretrovírico, mientras que en otros países, como Colombia, Venezuela y Ecuador, las tasas de mortalidad han permanecido estables o han aumentado (3).

En el Caribe, se reporta como modo principal de transmisión el contacto heterosexual sin protección, especialmente en el sexo comercial (3). Se ha documentado una carga alta de infección por VIH

entre trabajadoras sexuales, por ejemplo, 2,7% en República Dominicana, 9% en Jamaica, 26,6% en Guyana y 24,1% en Suriname (5). También se empieza a reconocer que las relaciones sexuales entre hombres son factor importante en la epidemia, con tasas documentadas de prevalencia del VIH en hombres que tienen relaciones homosexuales de 11% en República Dominicana, 6,7% en Suriname, 8,2% en las Bahamas, 21% en Guyana y 32% en Jamaica (5,6).

En América Latina, la epidemia de VIH parece concentrada en poblaciones clave, en particular entre hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH) (3). Aunque los datos disponibles no permiten una comprensión clara de las tendencias en el tiempo, estudios y datos de la vigilancia de varios países, como Brasil, El Salvador, Argentina y Perú, revelan una prevalencia alta de VIH en los HSH (3). Entre mujeres trabajadoras del sexo esa prevalencia osciló entre menos de 1% en los países andinos y Nicaragua, y 5,1% en Brasil, 5,5% en Honduras, 5,7% en El Salvador y 6% en México (7).

Hay pruebas crecientes de la alta carga de VIH en la población transgénero de la región. Estudios en Buenos Aires revelaron una prevalencia de infección de 34%, y en San Salvador fue 20% (7,8). Esta carga de morbilidad se asocia con comportamientos de alto riesgo de contraer el VIH, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y la violencia y la estigmatización que afectan a este grupo, exponiéndolo a condiciones más peligrosas para ganarse la vida. Escasean los datos específicos para pueblos indígenas, pero ciertos grupos étnicos presentan una carga alta de VIH, como la población garífuna en Honduras, con una prevalencia de 4,5% (9).

El consumo de drogas inyectables fue un propulsor de la epidemia en los noventa, en países como Brasil, Argentina, Paraguay, Uruguay, Puerto Rico y la frontera entre México y los Estados Unidos (10). Algunos estudios documentaron una prevalencia de VIH en personas que se inyectan drogas de 11,9% en Argentina, 5,9% en Brasil y 5,0% en México (11,12,13). Se ha observado una disminución de la incidencia de la infección por esta causa, al cambiar el consumo de drogas inyectadas a drogas inhaladas. Se requiere investigar más el impacto del uso de drogas no inyectables en la transmisión de infecciones en la región, pues algunos estudios documentan tasas elevadas de prevalencia de VIH entre consumidores de cocaína (14,15).

## La estrategia de cooperación técnica de la OPS

Al comenzar la epidemia de VIH, la OPS actuó como fuente fundamental de información para los Estados Miembros y en 1983 se estableció un sistema regional de vigilancia del sida en el cual las autoridades nacionales notificaban trimestralmente los casos (16). Esto llevó a muchos Estados Miembros a incluir el sida en la lista de las enfermedades sujetas a notificación.

La OPS estableció el Programa Especial sobre el SIDA en enero de 1987 (17). En el Caribe, se aplicó por conducto del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). En el primer año, la OPS apoyó a nueve países latinoamericanos y 21 del Caribe, incluidos Haití y la República Dominicana, en la formulación de planes de emergencia a corto plazo para prevenir y controlar la infección, y proporcionó información actualizada a unos 45.000 trabajadores de salud (17). Se movilizaron más de US\$ 27 millones para apoyar la ejecución de planes nacionales entre 1988 y 1992 (18). El programa siguió sirviendo de centro de información fundamental para las autoridades sanitarias, la prensa, la comunidad científica y el público. Las áreas clave de cooperación técnica fueron: vigilancia, difusión de medidas preventivas, asesoramiento sobre pruebas de detección del VIH y orientación individual, fortalecimiento de los laboratorios y seguridad de la sangre, y cuidados paliativos.

Desde el principio, un enfoque en los derechos humanos ha sido piedra angular de la cooperación técnica de la OPS para combatir el VIH a través de promoción de instrumentos internacionales de derechos humanos; capacitación del personal sanitario gubernamental, organismos de derechos humanos, tribunales, legisladores y otros interesados directos sobre las normas internacionales pertinentes; colaboración con los Estados Miembros para integrar normas sobre derechos humanos en las políticas y programas nacionales sobre el VIH; y respaldo técnico a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de los Estados Americanos y oficinas de mediadores, entre otros.

El progreso en el tratamiento generó un potencial de supervivencia a largo plazo para las personas infectadas por el VIH (19,20), pero los elevados precios lo ponían fuera del alcance de muchos. La OPS aportó liderazgo técnico y estratégico para las negociaciones conjuntas de precios en el Caribe (2002) y en América Latina (2003), que produjeron descuentos en los esquemas de terapia triple de primera línea (entre 30 y 90%), en los medicamentos de segunda línea (10-70%)

y en los reactivos (10%-80%). El Fondo Estratégico, creado en el 2000, también contribuye a bajar costos mediante la compra mancomunada de medicamentos antirretrovíricos y productos básicos. Entre 2009 y 2011, dicho Fondo compró más de US\$ 18 millones en antirretrovíricos para los países participantes.

En 2003, la OMS y el ONUSIDA lanzaron la iniciativa "Tres millones para el 2005" (3x5) como mecanismo para aumentar la cobertura del tratamiento del VIH. La OPS, como Oficina Regional de la OMS, asumió un papel protagónico y estableció una meta regional, respaldada por los Jefes de Estado en la Cumbre de las Américas (2004), de 600.000 personas en tratamiento para fines del 2005. La iniciativa 3x5 sirvió como catalizador para que 37 países elaboraran planes para aumentar las actividades de tratamiento y atención, con apoyo técnico y financiero de la OPS. Estos planes nacionales también sirvieron como base para procurar recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). La Región, incluidos los Estados Unidos y Canadá, sobrepasó la meta con un total de 680.000 personas en tratamiento para la fecha prevista (21).

El plan estratégico regional para la infección por el VIH/sida y las ITS (2006-2015) para el sector de la salud, fue aprobado en 2005 (22) y estableció cinco líneas fundamentales de acción: fortalecer el liderazgo y la rectoría del sector de la salud y fomentar la participación de la sociedad civil; diseñar y aplicar programas eficaces y sostenibles contra el VIH/sida y las ITS, y capacitar recursos humanos; fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud; mejorar el acceso a medicamentos, medios de diagnóstico y otros productos básicos; y mejorar la gestión de la información y el conocimiento, incluidas la vigilancia, el seguimiento, la evaluación y la difusión (23). El plan regional sirve como marco para formular los planes nacionales del sector de la salud y se actualiza constantemente en vista de los adelantos en los conocimientos científicos sobre el VIH y las lecciones aprendidas. Sus líneas principales para la cooperación técnica son:

- ☞ Promoción de la causa, el diálogo sobre la política y los convenios colectivos por conducto de los Cuerpos Directivos de la OPS, que han emitido más de 15 resoluciones sobre el VIH entre 1987 y el 2010.
- ☞ Trabajo normativo regional, incluidas la adaptación de normas y pautas mundiales y la creación de herramientas regionales.
- ☞ Facilitación de la cooperación técnica entre países para compartir conocimientos especializados, las mejores prácticas y los recursos.

- ☞ Fomento de alianzas y asociaciones entre los programas nacionales contra el sida, la sociedad civil y las organizaciones de la comunidad, las personas infectadas por el VIH y los asociados para el desarrollo, como el apoyo de la OPS al establecimiento del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) de América Latina y el Caribe (1998) y el Grupo de Directores Regionales de América Latina y el Caribe (2003).
- ☞ Apoyo técnico directo a los países, organismos subregionales y regionales como CARICOM, la Alianza Pancaribeña contra el Sida (PANCAP), el SICA, la CIDH y el MERCOSUR, y despliegue de asesores técnicos regionales y asesores subregionales de tiempo completo para Centroamérica, la región andina y el Cono Sur, la Oficina de la OPS en el Caribe para el VIH (PHCO) y asesores sobre el VIH y puntos focales en los países. Además, las áreas y unidades técnicas relacionadas brindan aportes estratégicos y conocimientos especializados que integran al VIH en sus enfoques técnicos.
- ☞ Movilización de recursos mediante proyectos regionales y apoyo directo a los Estados Miembros para movilizarlos a nivel de país. La OPS apoyó el establecimiento del Fondo Mundial y ayuda a los países a elaborar y ejecutar proyectos de éste.
- ☞ Fortalecimiento de los sistemas de salud mediante el apoyo a la evaluación de la planificación y respuesta de los sistemas de salud, la descentralización y la integración de la lucha contra el VIH dentro del sistema de salud, incluida una metodología para evaluar la respuesta a éste desde una perspectiva de los sistemas de salud y ejercicios de evaluación y planificación en países como República Dominicana, Jamaica, Belice, Bolivia y Paraguay.
- ☞ Integración del género y los derechos humanos mediante el aumento de la capacidad de los interesados directos, incluidas las personas infectadas por el VIH, la sociedad civil, los prestadores de los servicios y las instancias normativas, para aplicar los tratados y los compromisos universales y regionales sobre derechos humanos en la reforma de las políticas y los planes nacionales sobre el VIH; y la colaboración técnica con los organismos regionales e internacionales de derechos humanos.

## Logros y retos

A treinta años de iniciada la epidemia, todos los países de la región están ejecutando planes de prevención, tratamiento y atención del VIH. El número anual calculado de infecciones nuevas bajó de 119.000 en 2001 a 109.000 en 2009, y las personas en trata-

miento pasaron de 210.000 a 478.000 entre 2003 y 2009, excluyendo Estados Unidos y Canadá (24,25). El porcentaje estimado de embarazadas sometidas a pruebas de detección del VIH aumentó de 29% en 2005 a 57% en 2009, y las embarazadas con VIH que reciben medicamentos antirretrovíricos pasaron de 19% a 54%, entre 2004 y 2009 (24,25).

Sin embargo, el número de infecciones nuevas todavía supera el número de las que son tratadas y casi la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben (25). Se producen casos prevenibles de transmisión materno-infantil del VIH, pues sólo 53% de las mujeres seropositivas al VIH en América Latina y 59% en el Caribe reciben terapia antirretrovírica para evitar dicha transmisión (25).

Además de logros innegables, evaluaciones del sector de la salud realizadas en varios países en años recientes revelan importantes retos para la respuesta al VIH, como:

- ☞ Falta de datos y sistemas de información fidedignos para vigilar la epidemia del VIH y los resultados de intervenciones e inversiones, para fundamentar mejor las metas, la planificación y la asignación de los recursos.
- ☞ Persistencia de enfoques verticales en los modelos de prestación de servicios vinculados al VIH y dificultades para integrar la lucha contra el VIH en los servicios de atención primaria de salud.
- ☞ Gran dependencia de algunos países del financiamiento externo y la disponibilidad cada vez menor de recursos del Fondo Mundial y otros mecanismos, combinadas con los retos económicos relacionados con la actual crisis financiera mundial.
- ☞ Persistencia del estigma, la discriminación y barreras legislativas que impiden el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH para los grupos más afectados.
- ☞ Medidas insuficientes para corregir las inequidades y los determinantes sociales de la salud.
- ☞ Criminalización de ciertos comportamientos sexuales asociados con la pandemia, que obstaculiza el goce del derecho a la salud, incluido el acceso a los servicios de atención de salud y a bienes que son esenciales para prolongar la vida de las personas con VIH.

## El camino por delante

Aunque la región ha progresado considerablemente en desarrollar una respuesta integral al VIH, este

progreso es todavía frágil si tenemos en cuenta que por cada nueva persona sometida a tratamiento se produjeron tres nuevas infecciones en 2009. Queda mucho por hacer para detener las infecciones nuevas, aumentar la cobertura de los programas y los servicios, y completar la transición desde una respuesta de emergencia a un proceso continuo, sostenible e integrado de prevención y atención, incorporado en la atención primaria de salud.

Se deberán ampliar las actividades de prevención del VIH y priorizar las estrategias para llegar a los grupos más vulnerables. En forma similar a lo hecho con éxito para los servicios de tratamiento, es preciso fijar metas claras para la prevención, con vigilancia y rendición de cuentas. La ampliación de los servicios de tratamiento y atención del VIH tendrá que basarse en enfoques económicamente viables y sostenibles. Datos científicos recientes que demuestran amplios beneficios comunitarios resultantes del inicio temprano de la terapia antirretrovírica, exigirán establecer paquetes integrales de prevención y tratamiento, incluyendo pruebas de detección del VIH en el lugar de atención como prerrequisito esencial para expandir el tratamiento.

En este contexto, la OPS ha establecido las siguientes áreas prioritarias para la cooperación técnica continua:

- ✎ Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita mediante la prevención del VIH en las mujeres en edad fértil; fortalecer los servicios de salud materna, neonatal y del niño; ampliar la cobertura de las pruebas prenatales para detectar el VIH y la sífilis; tratar y dar seguimiento a mujeres con resultados positivos, a sus parejas y a los lactantes expuestos.
- ✎ Expandir las pruebas de detección del VIH incrementando las efectuadas en el lugar de atención,

dando mayor acceso a éstas a poblaciones clave, racionalizar el uso de pruebas rápidas y promover pruebas iniciadas por el prestador.

- ✎ Actualizar los programas de tratamiento usando la plataforma Tratamiento 2.0, mediante optimización de posologías, reducción de costos, promoción del diagnóstico y la vigilancia en el lugar de atención, integración y descentralización y participación de la comunidad.
- ✎ Fortalecer los sistemas de salud y la integración del control del VIH en el sector salud mediante la evaluación y planificación de los sistemas de salud.
- ✎ Fortalecer la capacidad de generar y usar información estratégica.
- ✎ Apoyar a los Estados Miembros en la revisión de sus planes, políticas y leyes para que sean compatibles con los compromisos internacionales y regionales de derechos humanos.
- ✎ Promover la movilización de recursos y estrategias para lograr la sostenibilidad financiera de los programas y los servicios.

Las deficiencias en la cobertura de los servicios contra el VIH y los retos para mantener y ampliar la respuesta son sustanciales. Sin embargo, el compromiso de los Estados Miembros de la OPS sigue siendo fuerte, como demostró la reciente resolución del Consejo Directivo para eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita para 2015 (26). Con el apoyo de la OPS, la Región ha mostrado un desempeño excepcional ante otros retos de salud pública, como la eliminación del sarampión, la poliomielitis y la frambesia. La OPS se ha comprometido a proporcionar el liderazgo y el apoyo técnico necesarios a los Estados Miembros para ampliar aceleradamente su respuesta al VIH y lograr las metas mundiales y regionales de prevención, tratamiento y atención de la infección.

## Referencias

1. Centers for Disease Control. MMWR, 1981, 30(21):1-3. [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june\\_5.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm). Consultado en junio del 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico, 1985; 6(1):1-9.
3. UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Ginebra, ONUSIDA.
4. ONUSIDA. AIDSInfo. <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/>. Consultado en junio del 2011.
5. UNAIDS. Keeping Score II; A progress report towards Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support in the Caribbean. 2008. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206\\_keeping\\_score\\_ii\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206_keeping_score_ii_en.pdf). Consultado en junio del 2011.
6. Figueroa JP et al. High HIV prevalence among hard to reach gay men in Jamaica is associated with high social vulnerability. (AIDS 2008) XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, 2008 [Resumen MOPE0397].
7. Organización Panamericana de la Salud. Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe. Washington, DC, 2009.
8. Ministerio de Salud de Argentina. Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas Trans y su asociación a prácticas de riesgo. Boletín sobre VIH/sida en la Argentina, 2007; 12(25).
9. Paz-Bailey, G. et al. High rates of STD and Sexual Risk Behaviors among Garifunas in Honduras. JAIDS 51, 2009; S26-S34. 2009.
10. Aceijas C, Friedman SR, Cooper HL, Wiessing L, Simson GV, Hickman M. Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. Sex Transm Infect 2006; 82(3):iii10-17.

11. Oliviera ML, Yoshida CF, Telles PR, Hacker MA, Oliveira SA, Migueal JC et al. Trends in HCV prevalence, risk factors and distribution of viral genotypes in injecting drug users: findings from two cross-sectional studies. *Epidemiol Infect* 2009;1-10.
12. Cook, C, Kanaef N. Global State of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and Hepatitis C epidemics. Londres: International Harm Reduction Association, 2008.
13. Vignoles M, Avila MM, Osimani ML, de Lost Angeles Pando M, Rossi D, Sheppard H et al. HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent seroconversion. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006, 42:494-500
14. Rossi D, Radulich G, Muzzio E, Naveira J, Sosa-Estani S, Rey J et al. Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina. *Cad Saude Publica* 2008, 24:965-974.
15. Gomez MP, Kimball AM, Orlander H, Bain RM, Fisher LD, Holmes KK. Epidemic crack cocaine use linked with epidemics of genital ulcer disease and heterosexual HIV infection in the Bahamas: evidence of impact of prevention and control measures. *Sex Transm Dis* 2002; 29:259-264.
16. Pan American Health Organization. AIDS Surveillance in the Americas. Biannual Report. 2001. [http://www.paho.org/English/HCP/HCA/final\\_bulletin\\_dec01.pdf](http://www.paho.org/English/HCP/HCA/final_bulletin_dec01.pdf). Consultado en junio del 2011.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe Anual del Director 1988. <http://hist.library.paho.org/English/OD/18243.pdf>. Consultado en junio del 2011.
18. Organización Panamericana de la Salud. 35.º Consejo Directivo. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas. 1991.
19. Yarchoan R, Broder S. Development of antiretroviral therapy for the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders. *N Engl J Med*, 1987, 316: 557-564.
20. Moore RD, Chaisson RE. Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy. *AIDS* Oct 1999; 13(14):1933-1942.
21. Pan American Health Organization. Toward Universal Access to HIV Prevention, Care and Treatment; 3 by 5 report for the Americas; 2006.
22. Organización Panamericana de la Salud. 46.º Consejo Directivo; CD46.R15; Plan estratégico regional de la Organización Panamericana de la Salud para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2006-2015). 2005. <http://w.w.w.paho.org/spanish/gov/cd/cd46.r15-s.pdf>
23. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015; 2005.
24. OMS, ONUSIDA y UNICEF. Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados; 2009.
25. OMS, ONUSIDA y UNICEF. Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones prioritarias contra el VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados; 2010.
26. Organización Panamericana de la Salud. 50.º Consejo Directivo; CD50.R12. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. 2010.

## Thirty years HIV in the Americas: reflections on the HIV epidemic and PAHO's technical cooperation

*Summary* Thirty years into the HIV epidemic national responses of PAHO Member States have made significant progress. All countries have established HIV programs; new infections in Latin America and the Caribbean appear to be stabilizing and HIV mortality decreased in most countries. Services for HIV treatment and prevention of mother-to-child transmission of HIV are expanding. However, the gains are fragile and much remains to be done. Key challenges, including stigma and discrimination, limited financial sustainability, weak health systems, and vertical approaches need to be dealt with to sustain the progress and address the unfinished agenda. From the onset of the epidemic PAHO has supported the development of national HIV programs and comprehensive health sector as well as intersectoral responses to HIV. Priorities for continued technical cooperation include strengthening of HIV prevention with focus on key populations, elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis, expansion of HIV testing and treatment, strengthening of surveillance, and integration and decentralization of HIV services. Technical cooperation for the promotion and protection of the human rights of persons living with or affected by HIV are considered priorities.

**Key words & phrases:** HIV, HIV response, PAHO, Technical Cooperation, Human Rights.