



UNA ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA PARA LOS ESTADOS UNIDOS

JULIO 2010





THE WHITE HOUSE
WASHINGTON

13 de Julio, 2010

Hace treinta años, los primeros casos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) captaron la atención del mundo. Desde entonces, el SIDA ha cobrado la vida de más de 575,000 estadounidenses, y cada año más de 56,000 personas en Estados Unidos se contagian con el VIH. Actualmente, hay más de 1.1 millones de estadounidenses que tienen el VIH. Es más, casi la mitad de todos los estadounidenses conocen a alguien con el VIH.

Nuestro país pasa por un momento decisivo. En este momento, tenemos una epidemia nacional que exige que nos volvamos a comprometer a combatirla y le dediquemos más atención pública y liderazgo. A inicios de mi gobierno, le encargué a la Oficina de Política Nacional sobre el SIDA (Office of National AIDS Policy) que formulara una Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA con tres objetivos primordiales: 1) reducir el número de casos nuevos de personas infectadas con el VIH; 2) aumentar el acceso a la atención médica y optimizar los resultados de salud para personas con el VIH, y 3) reducir las disparidades en la salud relacionadas con el VIH. A fin de lograr estos tres objetivos, debemos emprender una respuesta nacional más coordinada a la epidemia. El gobierno federal no puede ni debe asumir toda la carga. Para que sea exitosa, se requerirá el compromiso de todos los niveles del gobierno, empresas, comunidades religiosas, grupos filantrópicos, la comunidad científica y médica, instituciones educativas y personas con el VIH, entre otros.

Innumerables estadounidenses han dedicado la vida a combatir la epidemia del VIH y, gracias a su incansable labor, hemos alcanzado verdaderos logros. Las personas con el VIH han transformado la manera en que procuramos la participación de miembros de la comunidad al dictar la política, realizar investigaciones y prestar servicios. Los investigadores han producido abundante información sobre la enfermedad, incluidas una variedad de importantes herramientas e intervenciones para diagnosticar, prevenir y tratar el VIH. Los esfuerzos exitosos de prevención han evitado más de 350,000 nuevos casos de contagio en Estados Unidos. Y proveedores de atención médica y otros servicios nos han enseñado a brindar servicios de calidad en diversos entornos y a desarrollar residencias médicas para las personas con el VIH. Este momento representa una oportunidad para el país. Es hora de intensificar y reorientar nuestros actuales esfuerzos a fin de producir mejores resultados para bien del pueblo estadounidense.

Estoy deseoso de trabajar con el Congreso, los gobiernos estatales, tribales y locales, y otras partes interesadas para apoyar la implementación de una estrategia innovadora, basada en los mejores conocimientos científicos, centrada en los asuntos de mayor necesidad y que ofrece un camino claro a seguir juntos.

Barack Obama
The White House



Visión para la estrategia nacional contra el VIH/SIDA

“Estados Unidos se convertirá en un lugar donde las nuevas infecciones con el VIH sean poco comunes y cuando ocurran, toda persona, independientemente de edad, sexo, raza/origen étnico, orientación sexual, identidad sexual o circunstancias socioeconómicas, tendrá acceso ilimitado a atención de alta calidad, que le prolongue la vida, libre de estigmas y de discriminación”.



Tabla de Contenido

Resumen.	vii
Introducción.	1
Reducir el Número de Casos Nuevos de Infecciones con el VIH.	5
Medida 1: Intensificar los esfuerzos de prevención del VIH en comunidades con mayor concentración del VIH.	8
Medida 2: Ampliar esfuerzos dirigidos para prevenir la infección con el VIH usando una combinación de estrategias eficaces y basadas en evidencia.. . . .	15
Medida 3: Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y maneras de prevenirlo.	19
Aumentar el Acceso a la Atención y Mejorar los Resultados Médicos de las Personas con el VIH.	21
Medida 1: Crear un sistema integrado para inmediatamente poner a las personas en contacto con atención continua, coordinada y de calidad cuando se enteren de que están infectadas con el VIH.	23
Medida 2: Tomar medidas persistentes para aumentar el número y la diversidad de proveedores disponibles de atención clínica y servicios relacionados para personas con el VIH.	25
Medida 3: Apoyar a las personas con el VIH que tienen enfermedades concurrentes y dificultad para atender sus necesidades básicas, como vivienda.	28
Reducir las Disparidades y Desigualdades en la Salud Relacionadas con el VIH.	31
Medida 1: Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en comunidades de alto riesgo de infección con el VIH.	32
Medida 2: Adoptar estrategias a nivel comunitario para reducir las infecciones con el VIH en comunidades de alto riesgo.	34
Medida 3: Reducir el estigma y discriminación contra personas con el VIH.. . . .	36
Lograr una Respuesta Nacional Más Coordinada a la Epidemia del VIH.	39
Medida 1: Aumentar la coordinación entre programas contra el VIH en todo el gobierno federal y entre las agencias federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.	40
Medida 2: Desarrollar mejores mecanismos para controlar, evaluar y presentar informes sobre el progreso a fin de lograr los objetivos nacionales.	42
Conclusión.	45.



Resumen

Ya que cada nueve minutos y medio uno de nuestros conciudadanos contrae la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la epidemia afecta a todos los estadounidenses. Hace casi treinta años los primeros casos del VIH captaron la atención del mundo. Sin tratamiento, el virus debilita lentamente el sistema inmunitario hasta que sucumbe a la enfermedad. La epidemia ha cobrado la vida de casi 600,000 estadounidenses y afecta a muchos más.¹ Éste es un momento decisivo para nuestro país. Contamos con los conocimientos y las herramientas necesarias para detener el contagio de la infección del VIH y mejorar la salud de las personas con el VIH. Pero a pesar de este potencial, parece estar disipándose el sentido de urgencia del público respecto a combatir la epidemia. En 1995, 44% de los miembros del público en general indicaron que el VIH/SIDA era el más urgente problema de salud que enfrentaba la nación, en comparación con sólo 6% en marzo del 2009.² Aunque la tasa de contagio con el VIH ha disminuido considerablemente con el tiempo y las personas con el VIH llevan vidas más productivas y viven más, se contagian aproximadamente 56,000 personas todos los años y más estadounidenses que nunca antes viven con el VIH.^{3,4} A pesar de nuestras audaces medidas, enfrentamos una nueva era de infección en aumento, mayores desafíos para atender a las personas con el VIH y costos más altos de cuidado de salud.⁵

El Presidente Obama se comprometió a formular una *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA (National HIV/AIDS Strategy)* con tres objetivos principales: 1) reducir el número de casos nuevos de personas infectadas con el VIH, 2) aumentar el acceso a la atención y optimizar los resultados médicos para personas con el VIH y 3) reducir las disparidades en la salud relacionadas con el VIH. Para lograr dichos objetivos, debemos emprender una respuesta nacional más coordinada y enérgica a la epidemia del VIH. La intención es que sea un plan conciso que identifique un conjunto de prioridades y medidas estratégicas relacionadas con resultados cuantificables. La acompaña el *Plan federal de implementación (Federal Implementation Plan)*, que describe las medidas específicas que tomarán las diversas agencias federales para apoyar las prioridades de alto nivel detalladas en la estrategia. Se trata de un plan ambicioso que nos desafiará a alcanzar todos los objetivos que hemos fijado. Sin embargo, la labor de implementar la estrategia no recae ni debería recaer solamente en el gobierno federal. El éxito requerirá del compromiso de todos los sectores de la sociedad, incluidos los gobiernos estatales, tribales y locales, empresas, comunidades religiosas, organizaciones filantrópicas, la comunidad científica y médica, instituciones educativas, personas con el VIH y otros. La visión para la *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* es simple:

Estados Unidos se convertirá en un lugar donde las nuevas infecciones con el VIH sean poco comunes y cuando ocurran, cada persona, independientemente de edad, sexo, raza/origen étnico, orientación sexual, identidad sexual o circunstancias socioeconómicas, tendrá acceso ilimitado a atención de alta calidad, que le prolongue la vida, libre de estigmas y de discriminación.

1. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report*. 2007; 19: 7. Disponible en

<http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

2. Kaiser Family Foundation. *2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic*. Abril del 2009.

3. CDC. *Estimates of new HIV infections in the United States*. Agosto del 2008. Disponible en

<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>

4. CDC. HIV Prevalence Estimates—United States, 2006. *MMWR* 2008;57(39):1073-76.

5. Si la tasa de transmisión del HIV permaneciera constante con 5.0 personas infectadas todos los años por cada 100 personas que viven con el HIV, dentro de una década, el número de nuevas infecciones aumentaría a más de 75,000 al año, y el número de personas con el VIH se incrementaría a más de 1,500,000 (JAIDS, en la prensa).

Reducir el Número de Casos Nuevos de Personas Infectadas con el VIH

Es necesario hacer más para asegurar que se identifiquen nuevos métodos de prevención y que los recursos de prevención se centren más estratégicamente en comunidades específicas con alto riesgo de infección del VIH. Casi la mitad de todos los estadounidenses conocen a alguien con el VIH (43% en 2009).⁶ Sin embargo, nuestro compromiso nacional para llevar a su fin la epidemia del VIH no sólo puede estar vinculado a nuestra propia percepción sobre cuán cerca el VIH nos afecta personalmente. Así como movilizamos al país a respaldar la prevención e investigación del cáncer, creamos o no que tenemos un alto riesgo de contraer el cáncer, o así como apoyamos la inversión en la educación pública, tengamos hijos o no, luchar contra el VIH exige que todos los estadounidenses ayudemos a mantener una lucha a largo plazo contra el VIH. Aunque es posible que cualquiera se infecte con el VIH, algunos estadounidenses tienen un riesgo más alto que otros. Entre ellos están los hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas y orígenes étnicos, los hombres y mujeres de raza negra, los latinos y latinas, las personas que luchan contra la adicción, incluidos los consumidores de drogas inyectadas, y personas en puntos geográficos con alta incidencia, entre ellos el sur y noreste de Estados Unidos, como también Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos. Al redoblar nuestros esfuerzos en comunidades con una alta concentración del VIH, podemos tener el mayor impacto en reducir el riesgo colectivo de todas las comunidades de contraer el VIH.

También debemos hacer más por dejar de pensar que una sola estrategia contra la prevención del VIH surtirá efecto, sean preservativos, pastillas o información. En cambio, es necesario que formulemos, evaluemos e implementemos estrategias eficaces de prevención y combinaciones de estrategias que incluyan esfuerzos como despistaje del VIH de manera más extensa (ya que las personas que conocen su estatus son menos propensas a transmitir el VIH), educación y apoyo para alentar a las personas a que reduzcan conductas peligrosas, el uso estratégico de medicamentos e intervenciones biomédicas (que nos han permitido, por ejemplo, prácticamente eliminar el contagio de los recién nacidos con el VIH), el desarrollo de vacunas y microbicidas, y la expansión de programas basados en evidencia para la salud mental y la prevención y tratamiento de la adicción. Es esencial que todos los estadounidenses tengan acceso a una base compartida de información factual sobre el VIH. La estrategia también proporciona la oportunidad de colaborar para promover una política de salud pública orientada a la salud sexual que incluya como componente la prevención del VIH. Para reducir con éxito el número de nuevos casos de infección con el VIH, debe haber un esfuerzo concertado de parte de los sectores público y privado, que incluya todos los niveles del gobierno, las personas y comunidades, a fin de:

- Intensificar los esfuerzos de prevención del VIH en comunidades con mayor concentración del VIH.
- Ampliar esfuerzos dirigidos para prevenir la infección con el VIH usando una combinación de estrategias eficaces y basadas en evidencia.
- Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y maneras de prevenirlo.

Aumentar el Acceso a la Atención y Mejorar los Resultados Médicos de las Personas con el VIH.

Como resultado de nuestra continua inversión en investigación y años de experiencia clínica, las personas con el VIH pueden gozar de una vida larga y sana. Para que esto sea una realidad para todos, es importante hacer

6. Kaiser Family Foundation. *2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic*. April del 2009. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>

que las personas con el VIH reciban atención al poco tiempo del contagio para proteger su salud y reducir el potencial de que contagien a otros con el virus. Por estos motivos, es importante que todas las personas con el VIH reciban mucho apoyo en un sistema regular de atención. La Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio (Affordable Care Act), que aumentará mucho el acceso a cobertura de seguro para las personas con el VIH, proporcionará una plataforma para mejoras a la calidad y cobertura de la atención de salud. Grupos mancomunados de alto riesgo están inmediatamente disponibles en todo estado para proporcionarles cobertura a las personas sin seguro que tienen enfermedades crónicas. En el 2014, se expandirá Medicaid para incluir a todas las personas menores de 65 años y de bajos ingresos (por debajo del 133% del nivel federal de pobreza o aproximadamente \$15,000 por una sola persona en el 2010). Las personas sin seguro y con ingresos de hasta 400% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$43,000 para una persona individual en el 2010) tendrán acceso a créditos tributarios federales y la oportunidad de adquirir seguro privado en mercados especializados y competitivos de seguro. Nuevas medidas de protección al consumidor ampararán más a las personas con seguro privado porque acaban con la discriminación basada en el estado de salud y enfermedades previas. Persiste la necesidad de abordar las brechas en cuidados esenciales y servicios para personas con el VIH, además de los efectos biológicos, psicológicos y sociales únicos de vivir con el VIH. Por lo tanto, el Programa Ryan White contra el VIH/SIDA y otros programas federales y estatales contra el VIH continuarán siendo necesarios después de que se implemente la ley. Además, mejorar los resultados de salud requiere inversiones en investigación para desarrollar tratamientos más seguros, económicos y eficaces. Entidades tanto del sector público como el privado deben tomar las siguientes medidas para mejorar los servicios que se brindan a las personas con el VIH:

- Crear un sistema integrado para poner a las personas en contacto con atención continua, coordinada y de calidad cuando reciban el diagnóstico del VIH.
- Tomar medidas deliberadas para aumentar el número y la diversidad de proveedores disponibles de atención clínica y servicios relacionados para personas con el VIH.
- Apoyar a las personas con el VIH que tienen enfermedades concurrentes y dificultades para atender sus necesidades básicas, como vivienda.

Reducir las Disparidades de Salud Relacionadas con el VIH.

El estigma relacionado con el VIH sigue siendo sumamente alto, y el temor a la discriminación causa que algunos estadounidenses eviten enterarse de su estatus con respecto al VIH, divulgar su estatus u obtener acceso a atención médica.⁷ Los datos indican que el VIH afecta desproporcionadamente a los más vulnerables en nuestra sociedad: los estadounidenses que tienen menos acceso a servicios de prevención y tratamiento y, como resultado, a menudo tienen peores resultados de salud. Además, en algunas comunidades altamente afectadas, es posible que el VIH no se considere una inquietud principal, como en las comunidades que tienen problemas de crimen, desempleo, falta de vivienda y otros asuntos urgentes. Por lo tanto, a fin de abordar con éxito el VIH, necesitamos más y mejores estrategias a nivel comunitario que vinculen la prevención y el cuidado del VIH con respuestas más integrales para atender la necesidad de servicios sociales. Entre las medidas clave que tomarán el sector público y privado para reducir la disparidad en la salud relacionada con el VIH están:

7. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA y otros. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS 2008;22(Suppl 2):S67-S69.

- Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en comunidades de alto riesgo de infección con el VIH.
- Adoptar estrategias a nivel comunitario para reducir la infección con el VIH en comunidades de alto riesgo.
- Reducir el estigma y la discriminación contra personas con el VIH.

Lograr una Respuesta Nacional más Coordinada de Respuesta a la Epidemia del VIH en Estados Unidos.

El país puede tener éxito en cumplir con los objetivos del Presidente. Sin embargo, se requerirá que el gobierno federal y los gobiernos estatales, tribales y locales tomen medidas diferentes. Lo más importante es la necesidad de un compromiso sin precedente con la colaboración, eficiencia e innovación. También debemos estar preparados a cambiar de curso según sea necesario. Se pretende que esta estrategia complemente otros esfuerzos relacionados en todo el poder ejecutivo. Por ejemplo, el Plan de Emergencia del Presidente para la Mitigación del SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief o PEPFAR) nos ha enseñado lecciones valiosas sobre la lucha contra el VIH y maneras de aumentar esfuerzos alrededor del mundo que se pueden aplicar a la epidemia nacional. La Estrategia nacional del Presidente para el control de drogas (National Drug Control Strategy) sirve de plan para reducir el consumo de drogas y sus consecuencias, y el Plan estratégico federal para evitar y acabar con la carencia de vivienda (Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness) centra sus esfuerzos en reducir la falta de techo y aumentar la seguridad de vivienda. La ONAP colaborará con la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas (Office of National Drug Control Policy) y otras dependencias de la Casa Blanca, como también las agencias correspondientes, a fin de promover los objetivos de la estrategia. Se pretende que la estrategia promueva mayor inversión en el VIH/SIDA, pero éste no es un documento destinado al presupuesto. De todos modos, proporcionaremos información en el proceso de desarrollo del presupuesto federal dentro del contexto de los objetivos fiscales que el Presidente ha planteado. Estados Unidos actualmente asigna más de \$19,000 millones en fondos anuales para la prevención, atención e investigación del VIH a nivel nacional, y no hay límite en la magnitud de cualquier nueva inversión potencial en el presupuesto federal. La estrategia se debe utilizar para reorientar nuestros actuales esfuerzos y producir mejores resultados por el bien del pueblo estadounidense dentro del actual nivel de fondos, como también destacar la necesidad de inversiones adicionales. Nuestro progreso nacional requerirá que se mantenga un compromiso público más extenso con el VIH, y esto exige un diálogo más frecuente a fin de asegurar la transparencia sobre si estamos cumpliendo con los objetivos nacionales. Son medidas clave:

- Aumentar la coordinación entre programas contra el VIH en todo el gobierno federal y entre las agencias federales y estatales, territoriales, tribales y los gobiernos locales.
- Desarrollar mejores mecanismos para controlar, evaluar y presentar informes sobre el progreso para lograr los objetivos nacionales.

Esta estrategia proporciona un marco básico para avanzar. Con todos los niveles del gobierno haciendo su parte, un sector privado comprometido y el liderazgo de personas con el VIH y comunidades afectadas, Estados Unidos puede reducir considerablemente el contagio del VIH y apoyar mejor a las personas con el VIH y sus familiares.



Introducción

Han transcurrido casi treinta años desde que los primeros casos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) captaron la atención del mundo. Sin tratamiento, el virus debilita lentamente el sistema inmunológico de la persona hasta que sucumbe a la enfermedad. La epidemia ha cobrado la vida de casi 600,000 estadounidenses y afecta a muchos más.⁸ Éste es un momento decisivo para nuestra nación: el sentido de urgencia para combatir la epidemia parece estar disipándose, pues las personas con el VIH llevan vidas más productivas y viven más. En 1995, 44% de los miembros del público en general indicaron que el VIH/SIDA era el más urgente problema de salud que enfrentaba la nación, comparado con apenas 6% en marzo del 2009.⁹ Aproximadamente 56,000 personas contraen la infección todos los años, y más de 1.1 millones de estadounidenses viven con el VIH.^{10,11} Sin embargo, a no ser que tomemos medidas audaces, anticipamos una nueva era de contagio en aumento y desafíos incluso mayores en prestarles servicios a las personas con el VIH.¹²

El Presidente Obama se comprometió a formular una *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* con tres objetivos primordiales:

- Reducir el número de casos nuevos de infecciones con el VIH;
- Aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados médicos de las personas con el VIH, y
- Reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH.

Para alcanzar dichos objetivos, debemos lograr una respuesta nacional más coordinada a la epidemia del VIH.

La Situación Actual: el VIH en Estados Unidos.

Aunque Estados Unidos ha alcanzado muchos éxitos en la lucha contra el VIH, es necesario hacer mucho más para reducir la epidemia. La investigación ha producido un caudal de información acerca de la enfermedad del VIH, lo que incluye muchas herramientas e intervenciones cruciales para diagnosticar, prevenir y tratar la infección con el VIH. Se ha reducido considerablemente la tasa de contagio con el VIH en Estados Unidos, y las personas con el VIH llevan una vida más saludable y productiva que nunca antes. Sin embargo, es necesario hacer mucho más. Con más de un millón de estadounidenses que viven con el VIH, hay más personas que necesitan servicios de prueba, prevención y tratamiento que en ningún otro momento de la historia, y se requieren esfuerzos continuos de investigación para encontrar una cura para el VIH/SIDA y continuar desarrollando mejores herramientas de prevención y tratamientos eficaces. La estrategia no puede tener éxito sin progreso continuo y sostenido en investigación biomédica y conductual.

Los desafíos que enfrentamos son preocupantes:

8. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report*. 2007; 19: 7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

9. Kaiser Family Foundation. *2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic*. Abril del 2009. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>

10. Hall HI, Song R, Rhodes P y otros. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008;300(5):520-529.

11. CDC. *HIV Prevalence Estimates—United States*, 2006. *MMWR* 2008;57(39):1073-76.

12. Si la tasa de transmisión del HIV permaneciera constante con 5.0 personas infectadas todos los años por cada 100 personas que viven con el HIV, dentro de una década, el número de nuevas infecciones aumentaría a más de 75,000 al año, y el número de personas con el VIH se incrementaría a más de 1,500,000 (JAIDS, en la prensa).

- Aproximadamente una de cada cinco personas con el VIH desconoce que está infectada, lo que hace que aumente el peligro de que contagie el virus a otros.¹³
- Aproximadamente tres cuartas partes de los casos del VIH/SIDA en Estados Unidos afectan a hombres, en su mayoría, hombres homosexuales y bisexuales.^{14,15}
- Un cuarto de los estadounidenses con el VIH son mujeres, y la enfermedad tiene un impacto desproporcionado entre las mujeres de color. La tasa de diagnóstico de VIH entre las mujeres de raza negra es más de 19 veces mayor que la tasa entre las mujeres de raza blanca.^{16,17}
- Las minorías raciales y étnicas están representadas desproporcionadamente en la epidemia del VIH y mueren antes que las personas de raza blanca.^{18,19}
- En el sur y el noreste, además de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos, el VIH tiene un impacto desproporcionado.²⁰
- Un cuarto de las nuevas infecciones con el VIH ocurren entre adolescentes y adultos jóvenes (de 13 a 29 años de edad).²¹
- Entre las personas con el VIH, 24% tienen 50 años o más, y 15% de los nuevos casos del VIH/SIDA ocurren en personas de esta edad.²²

Formulación de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA:

Desde su inicio, el gobierno del Presidente Obama se ha esforzado en propiciar la participación del público a fin de evaluar lo que estamos haciendo acertadamente e identificar nuevas estrategias que mejoren nuestra respuesta a la epidemia nacional. La Oficina de Política Nacional sobre el SIDA (Office of National AIDS Policy u ONAP) de la Casa Blanca, dependencia del Consejo de Política Nacional (Domestic Policy Council o DPC), ha recibido el encargo de dirigir los esfuerzos por formular una estrategia nacional. Durante todo el proceso, la ONAP buscó la participación del mayor número posible de estadounidenses a fin de escuchar sus ideas para alcanzar logros en la lucha contra el VIH. Los esfuerzos de extensión de la ONAP incluyeron realizar 14 conversaciones comunitarias sobre el VIH/SIDA con miles de personas en todo Estados Unidos, examinar las

13. CDC. *Estimates of new HIV infections in the United States*. Agosto del 2008. Disponible en www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/factsheets/pdf/incidence.pdf

14. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report*. 2007; 19: 7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

15. En todo este documento usamos los términos “hombres homosexuales y bisexuales” y “hombres homosexuales” de forma intercambiable y nuestra intención es que dichos términos incluyan a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM), incluso quienes no se identifican como homosexuales o bisexuales.

16. En todo este documento, usamos los términos “personas de raza negra” y “afroamericanos” de manera intercambiable y nuestra intención es que dichos términos incluyan a todas las personas en la diáspora africana que se identifican como personas de raza negra, afroamericanos o ambos.

17. CDC. *HIV and AIDS in the United States: A Picture of Today's Epidemic*. 2007. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/united_states.htm

18. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report*. 2007; 19: 7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

19. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN y otros. Racial and Sex Disparities in Life Expectancy Losses among HIV-Infected Persons in the United States. *Clin Infect Dis* 2009;49(10):1570-8.

20. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report*. 2007; 19: 7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

21. CDC. *Estimates of new HIV infections in the United States*. Agosto del 2008. Disponible en www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/factsheets/pdf/incidence.pdf

22. CDC. *HIV and AIDS among persons aged 50 and over*. 2008. Disponible en www.cdc.gov/hiv/topics/over50/resources/factsheets/pdf/over50.pdf. Tomado el 18 de febrero, 2010.

INTRODUCCIÓN

sugerencias del público enviadas al sitio de Internet de la Casa Blanca, sostener una serie de reuniones de expertos sobre varios temas específicos al VIH y trabajar con socios federales y comunitarios que organizaron sus propias reuniones en apoyo a la formulación de la estrategia nacional. En abril del 2010, se publicó un informe que resume las recomendaciones del público para la estrategia, titulado Ideas de la comunidad para mejorar la respuesta a la epidemia nacional del VIH (Community Ideas for Improving the Response to the Domestic HIV Epidemic).²³

Para la formulación de la estrategia, la ONAP congregó a un panel de funcionarios del gobierno federal para ayudar a examinar las recomendaciones del público, evaluar la evidencia científica a favor o en contra de dichas recomendaciones y hacer sus propias recomendaciones para la estrategia. La ONAP también ha contratado al Instituto de Medicina (Institute of Medicine) para que examine varios asuntos clave de política de salud.

Este documento proporciona una vía para hacer que la nación avance en su respuesta a la epidemia nacional del VIH. No se pretende que sea una lista completa de todas las actividades necesarias para hacerle frente al VIH/SIDA, sino que en Estados Unidos, la intención es que sea un plan conciso que identifique un conjunto de prioridades y medidas estratégicas relacionadas con resultados cuantificables. Esta *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* presenta las principales prioridades. Se incluyen detalles adicionales sobre las medidas específicas que el gobierno federal tomará para implementar su parte de la estrategia en el *Plan federal de implementación*. Se puede obtener la *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* y el *Plan federal de implementación* en www.WhiteHouse.gov/ONAP.

Sin embargo, la labor de implementar la estrategia no recae ni debería recaer solamente en el gobierno federal. El éxito requerirá el compromiso de todos los sectores de la sociedad, incluidos los gobiernos estatales, tribales y locales, empresas, comunidades religiosas, organizaciones filantrópicas, la comunidad científica y médica, instituciones educativas y personas con el VIH, entre otros.

23. Ver www.WhiteHouse.gov/ONAP.



Reducir el Número de Casos Nuevos de Infecciones con el VIH

Resumen del Plan para Reducir en el Número de Casos de Nuevas Infecciones con el VIH.

Se han alcanzado muchos logros en prevenir el VIH, pero es necesario hacer más. Para reducir la incidencia del VIH, debemos:

- Intensificar los esfuerzos de prevención del VIH en comunidades con mayor concentración del VIH.
- Ampliar esfuerzos dirigidos para prevenir la infección con el VIH usando una combinación de estrategias eficaces y basadas en evidencia.
- Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y maneras de prevenirlo.

Resultados previstos:

Para el 2015:

- Disminuir en 25% el número anual de casos nuevos de infecciones;

Para lograr este objetivo de incidencia, se requerirá que el país:

- Reduzca en 30% la tasa de contagio con el VIH, que calcula el número anual de contagios con relación al número de personas con el VIH, y
- Aumente de 79% a 90% el porcentaje de personas con el VIH que saben que están infectadas.

La Oportunidad

En pocos años en la década de 1980, el VIH pasó de ser una enfermedad desconocida a una epidemia que estaba infectando a más de 130,000 personas anualmente.²⁴ Estados Unidos logró organizar una respuesta en la que participaron las comunidades afectadas, empresas, el sector público, fundaciones, empresas farmacéuticas, la comunidad médica y científica, profesionales de salud pública y grupos religiosos, entre otros. Estos esfuerzos colectivos fueron importantes para ayudar a reducir la tasa de infección con el VIH. Para el 2000, el número de estadounidenses contagiados anualmente había bajado a aproximadamente 56,300.²⁵ Las actividades que contribuyeron a nuestros éxitos en reducir las infecciones con el VIH incluyen:

- **La prueba del VIH:** La prueba del VIH ha permitido que las personas con el VIH se enteren de su estatus de salud y tomen las debidas precauciones para protegerse. Es más, estudios muestran que las personas con un diagnóstico del VIH toman medidas para reducir la posibilidad de contagiar a otros con el VIH.
- **Control de bancos de sangre:** Al inicio de la epidemia, hubo personas que contrajeron el VIH por medio de transfusiones de sangre, pero gracias a la investigación del gobierno y la implementación de procedimientos eficaces de control de bancos de sangre, el contagio del VIH por transfusiones de sangre es muy poco común.^{26,27}
- **Despistaje y tratamiento de embarazadas:** Investigaciones patrocinadas por el gobierno en la década de 1990 demostraron que tomar medicamentos antirretrovirales previene el contagio con el VIH de madre a hijo durante el embarazo y parto. El número anual de casos se redujo de aproximadamente 1,650 en 1991 a menos de 200 para el 2004.²⁸

24. Hall HI, Song R, Rhodes P y otros. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008;300(5):520-529.

25. Hall HI, Song R, Rhodes P y otros. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008;300(5):520-529.

26. CDC. HIV and AIDS-United States, 1981-2000. *MMWR* 2001. 50(21):430-4.

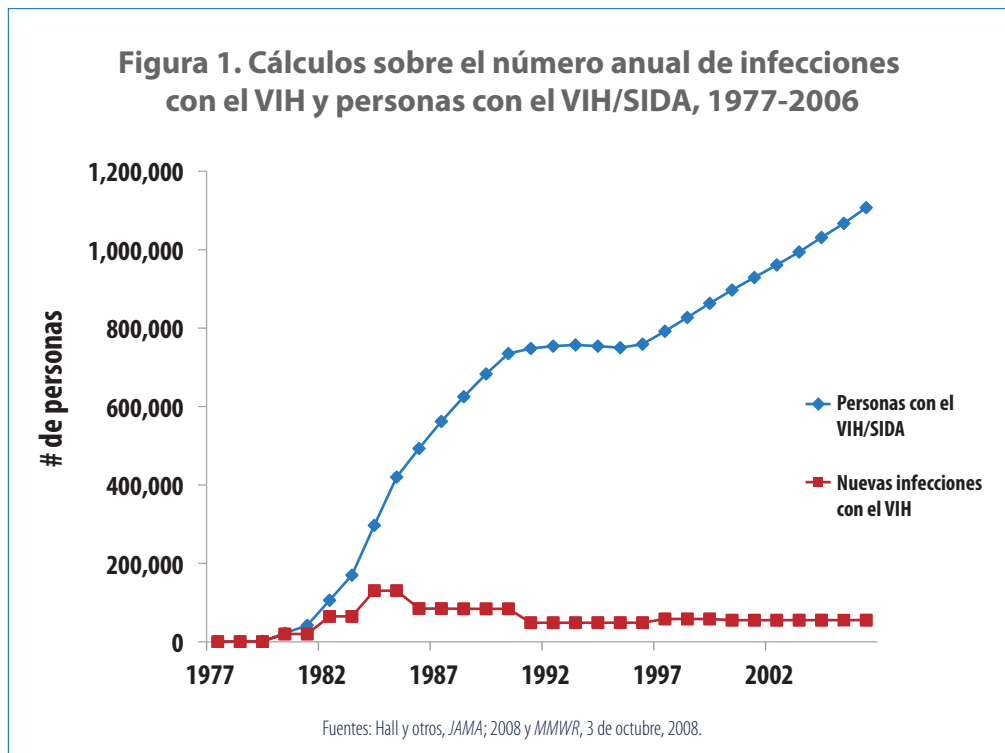
27. Phelps R, Robbins K, Liberti T y otros. Window-period human immunodeficiency virus transmission to two recipients by an adolescent blood donor. *Transfusion*. 2004;44:929-933.

28. CDC. Hoja informativa sobre el HIV/AIDS: Pregnancy and Childbirth. 2007. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/overview_partner.htm

Minimización de la infección de usuarios de drogas inyectadas: Estrategias integrales y basadas en evidencia de prevención y tratamiento de la adicción han contribuido a reducir las infecciones con el VIH. En 1993, los usuarios de drogas inyectadas constituían 31% de los casos de SIDA a nivel nacional en comparación con 17% para el 2007.²⁹ Los estudios muestran que los programas integrales de prevención y tratamiento de la adicción, entre ellos el intercambio de jeringas, han reducido considerablemente el número de nuevas infecciones con el VIH entre las personas que se inyectan drogas: 80% menos desde mediados de la década de 1990.^{30, 31}

Avances en terapias para el VIH: Los medicamentos para el VIH pueden prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas infectadas, y disminuir la cantidad de virus que circula en el cuerpo de una persona, reduciendo así el peligro que contagien a otros con el VIH.³²

Debido a éstos y otros esfuerzos de prevención, el número anual de nuevas infecciones no ha aumentado a pesar de que cada vez hay más personas que tienen el VIH, y por ende, existe un grupo más numeroso de personas capaces de contagiar a otros con el VIH (Figura 1). A no ser que organicemos una campaña de prevención más intensiva y sigamos haciendo innovaciones para desarrollar más y mejores métodos de prevención, es probable que el número de nuevas infecciones con el VIH aumente.³³



29. CDC. HIV/AIDS Surveillance in Injection Drug Users (through 2007). Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/idu/resources/slides/index.htm>

30. Des Jarlais DC, Perlis T, Kamyar A y otros. HIV Incidence Among Injection Drug Users in New York City, 1990 to 2002: Use of Serologic Test Algorithm to Assess Expansion of HIV Prevention Services. *Am J Public Health*. 2005;95:1439-1444.

31. Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL y otros. Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study. *AIDS*. 1997;11:F59-65

32. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J y otros. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *The Lancet*. 2010.

33. Si la tasa de transmisión del HIV permaneciera constante con 5.0 personas infectadas todos los años por cada 100 personas que viven con el HIV, dentro de una década, el número de nuevas infecciones aumentaría a más de 75,000 al año, y el número de personas con el VIH se incrementaría a más de 1,500,000 (JAIDS, en la prensa).

Debemos superar los siguientes desafíos:

- 1 Demasiadas personas con el VIH desconocen que están infectadas:** Aproximadamente 21% de las personas con el VIH en Estados Unidos desconocen su estatus.³⁴ Estudios indican que las personas que no saben que tienen el VIH son más propensas a participar en conductas riesgosas relacionadas con el contagio del VIH.³⁵ Algunas de estas personas ya están recibiendo servicios de atención de salud, pero se están perdiendo oportunidades para diagnosticarlas.³⁶
- 2 Acceso demasiado limitado a la prevención del VIH:** Los servicios de prevención del VIH nunca han sido suficientes para abarcar a todas las personas en peligro de contagiarse del VIH. Ya que los recursos federales son limitados y muchos estados han reducido sus presupuestos para la prevención del VIH en respuesta a la actual desaceleración económica, es necesario que usemos mejor los actuales recursos de evaluación y asignación en base al impacto que han demostrado tener en la salud.
- 3 Acceso insuficiente a la atención:** Los medicamentos para el VIH no sólo mejoran la salud de la persona, sino que también disminuyen su capacidad de contagio, lo que reduce el peligro de que contagien a otros con el VIH. Aproximadamente un tercio de las personas con el VIH en Estados Unidos no reciben atención.³⁷ El gran número de personas con el VIH sin seguro o con seguro insuficiente implica que no todos tienen suficiente acceso a terapias para el VIH.
- 4 Menor atención del público:** La atención que prestan el público y los medios de prensa a la epidemia del VIH ha disminuido. La Kaiser Family Foundation determinó que en el 2009, sólo 45% de los participantes en una encuesta del público en general dijeron que habían escuchado “un poco” o “mucho” acerca de los problemas del SIDA en Estados Unidos en el último año, en comparación con 70% de los participantes en el 2004.³⁸ Debido a que es posible tratar el VIH, muchas personas piensan ahora que ya no es una emergencia para la salud pública.

Es posible prevenir la infección del VIH. Permitir que el número de nuevas infecciones aumente o permanezca igual impone gastos en el país porque se calcula que el costo de por vida de tratar el VIH es de aproximadamente \$355,000 por persona.³⁹ Si no reducimos considerablemente la incidencia del VIH en Estados Unidos, el número de personas con el VIH y el costo de su atención continuarán aumentando. Necesitamos obtener mejores resultados de recursos existentes y promover nuevas inversiones por el gobierno a nivel federal, estatal, tribal y local, como también organizaciones filantrópicas, empresas y recursos comunitarios para lograr los objetivos que fijamos.

34. CDC. HIV prevalence estimates—United States, 2006. *MMWR*. 2008; 57: 1073-1076.

35. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006; 26;10:1447-50.

36. Jenkins TC, Gardener EM, Thrun MW y otros. Risk-Based Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing Fails to Detect the Majority of HIV-Infected Persons in Medical Care Settings. *Sex Transm Dis*. 2006; 33:329-333.

37. HRSA. HIV/AIDS Bureau. Outreach: Engaging People in HIV Care. Agosto del 2006. Disponible en <http://hab.hrsa.gov/tools/HIVoutreach>

38. Kaiser Family Foundation. 2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic. Abril del 2009. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>

39. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP y otros. The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care* 2006;44(11):990-97.

Medidas a Tomarse

Éstas son tres medidas cruciales que debemos tomar para reducir el número de casos de infección con el VIH:

- 1 Intensificar los esfuerzos de prevención del VIH en comunidades con la mayor concentración del VIH.
- 2 Expandir los esfuerzos dirigidos para prevenir la infección con el VIH usando una combinación de estrategias eficaces y basadas en evidencia.
- 3 Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y maneras de prevenirlo.

Resultados Previstos.

Esperamos que al trabajar juntos, cumplamos con los siguientes indicadores de desempeño para el 2015:⁴⁰

- Disminuir en 25% el número anual de casos nuevos de infecciones (de 56,300 a 42,225);
- Reducir en 30% la tasa de contagio con el VIH, que calcula el número anual de contagios en relación con el número de personas con el VIH, de 5 a 3.5 personas infectadas al año por cada 100 personas con el VIH, y,
- Aumentar de 79% a 90% el porcentaje de personas con el VIH que saben que están infectadas (de 948,000 a 1,080,000 personas).

Medidas Recomendadas

Medida 1: Intensificar los esfuerzos de prevención del VIH en comunidades con mayor concentración del VIH.

Al inicio de la epidemia del VIH, había un temor generalizado de que la epidemia se propagara por la población en general. El público escuchó sobre la creciente tasa de infección y que el VIH había llegado a todas las regiones del país. Aunque esto es cierto, casi tres décadas más tarde, la epidemia en Estados Unidos no ha tomado el curso que se temía anteriormente. A diferencia de las epidemias del VIH en la región subsahariana de África y ciertas regiones de Asia donde prácticamente todos los adultos sexualmente activos tienen un alto riesgo de contagiarse, los casos del VIH en Estados Unidos están concentrados en lugares y grupos específicos.⁴¹ Es necesario hacer más para asegurar que los recursos de prevención estén concentrados más estratégicamente en comunidades específicas con un alto riesgo de infección con el VIH.

Casi la mitad de todos los estadounidenses conocen a alguien con el VIH (43% en el 2009), pero nuestro compromiso nacional de acabar con la epidemia del VIH no puede estar vinculado solamente con las percepciones sobre cuánto nos afecta el VIH personalmente.⁴² Todos los estadounidenses tienen una función en prevenir el contagio con el VIH y deben permanecer interesados en mantener nuestros esfuerzos colectivos por reducir el contagio con el VIH. Sin embargo, al intensificar nuestros esfuerzos en comunidades con mayor

40. Para mayor información sobre las maneras en que se llegó a éstos y otros objetivos de la *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA*, ver *National HIV/AIDS Strategy: Federal Implementation Plan* en www.WhiteHouse.gov/ONAP. Todas las cifras se basan en cálculos actuales.

41. El-Sadr W, Mayer KH, Hodder SL. AIDS in America—Forgotten but not Gone. *New Engl J Med*. 2010.

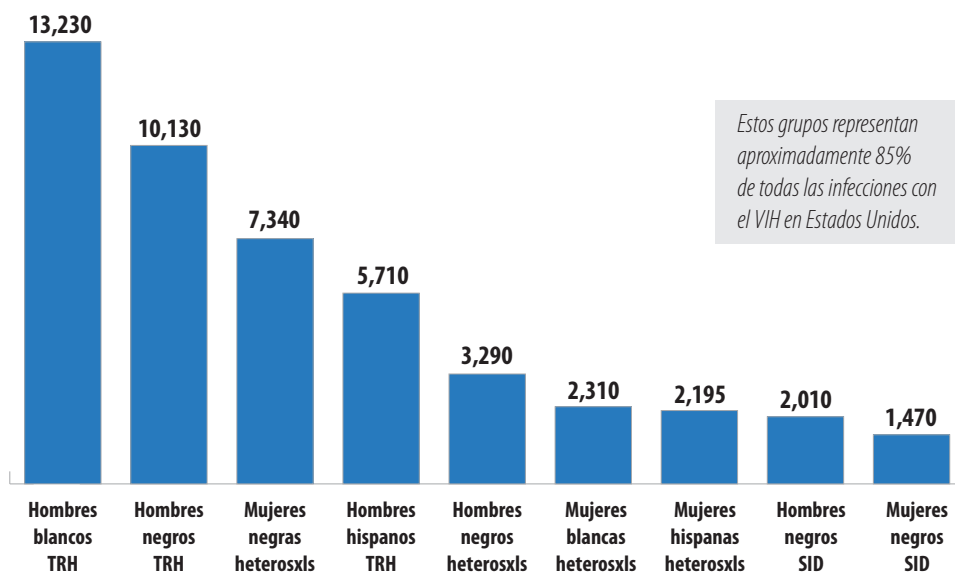
42. Kaiser Family Foundation. *2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic*. Abril del 2009. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>

concentración del VIH, podemos tener el mayor impacto, lo que disminuirá el riesgo colectivo de todas las comunidades de contagiarse con el VIH. Así como movilizamos al país para respaldar la prevención e investigación del cáncer, creamos o no que tenemos un alto riesgo de contraerlo, y apoyamos la educación pública, tengamos hijos o no, luchar contra el VIH requiere apoyo público generalizado para mantener un esfuerzo a largo plazo. **No toda persona o grupo tiene las mismas probabilidades de contagiarse con el VIH.** Sin embargo, durante muchos años, una porción excesiva de la respuesta del país se ha llevado como si todos corrieran el mismo peligro de contagiarse con el VIH.

Detener el contagio con el VIH requiere que nos centremos más atentamente en los grupos y comunidades donde sucede la mayoría de los casos de nuevas infecciones (Figura 2). Sin embargo, estas cifras, de por sí, no ofrecen una imagen cabal de cuáles grupos corren mayor riesgo relativo. La figura 3 muestra cómo el número de nuevas infecciones en los grupos de alto riesgo enumerados en la figura 2 se compara al total de cada grupo. Calcular las dimensiones de algunos grupos de alto riesgo es difícil, y las proporciones de los grupos pueden ser imprecisas. Sin embargo, está claro que el impacto en algunas comunidades es desproporcionadamente más alto en comparación con otros. Aunque debemos centrarnos más en aquellos grupos con el número más alto de nuevas infecciones (Figura 2), el peligro relativo estimado de infección nos ayuda a comprender mejor las disparidades entre estos grupos y las maneras de darles prioridad a los esfuerzos entre los grupos y dentro de ellos (Figura 3). Además, algunos grupos pueden tener un riesgo muy alto de infección con respecto a las dimensiones de su grupo, pero contribuyen relativamente menos casos al número total de nuevas infecciones en el país. Por ejemplo, la Figura 3 muestra que los hombres y mujeres negros que usan drogas inyectadas tienen un riesgo más alto de nuevas infecciones con el VIH en relación con las dimensiones de su grupo, pero como se indica en la Figura 2, representan una pequeña fracción de las nuevas infecciones al año entre los grupos de más alto riesgo. Algunos de los demás grupos no mostrados aquí pueden tener un alto riesgo de infección en relación con las dimensiones de su grupo, pero contribuyen menos casos al número total de nuevas infecciones en el país (por ejemplo, latinos⁴³ que se inyectan drogas).

43. En todo este documento usamos los términos “latino” e “hispano” de forma intercambiable. “Hispano” se usa en las figuras para coincidir con las fuentes de datos.

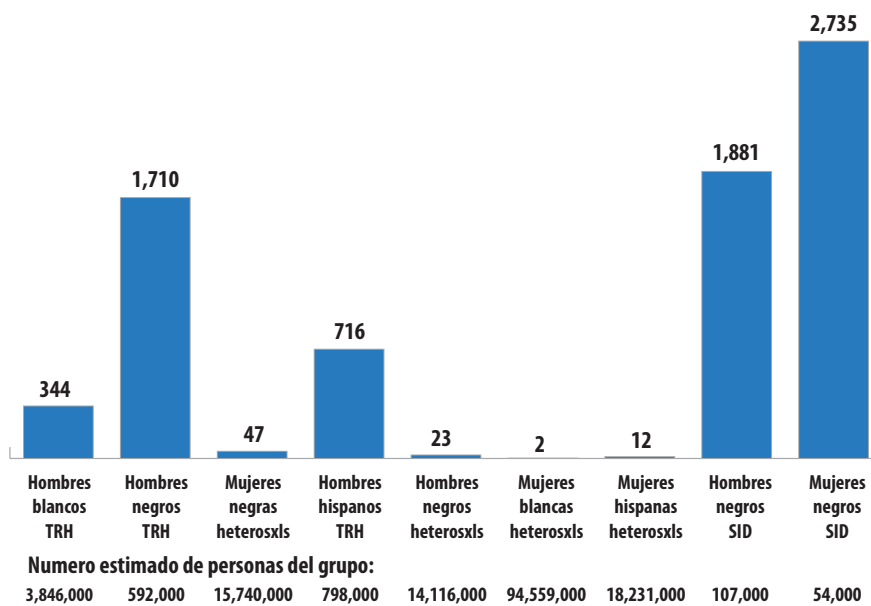
Figura 2. Número anual de infecciones con el VIH por grupos de alto riesgo (2006)



Estos grupos representan aproximadamente 85% de todas las infecciones con el VIH en Estados Unidos.

Fuentes: *MMWR*, 3 de octubre, 2008 y *MMWR*, 5 de junio, 2009, además de los datos de incidencia para Puerto Rico basados en un análisis por Holtgrave, D., Facultad Bloomberg de Salud Pública de Johns Hopkins. Para este análisis, todos los casos de Puerto Rico fueron clasificados como hispanos. El recuadro se basa en *HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads*, 2009 del CDC. TRC= que tienen relaciones con hombres (hombres homosexuales y bisexuales) y SID= que se inyectan drogas.

Figura 3. Cálculo del riesgo de infección con el VIH de grupos de alto riesgo (Infecciones por cada 100,000 personas en cada grupo, 2006)



Número estimado de personas del grupo:

Hombres blancos TRH	3,846,000	Hombres negros TRH	592,000	Mujeres negras heterosxls	15,740,000	Hombres hispanos TRH	798,000	Hombres negros heterosxls	14,116,000	Mujeres blancas heterosxls	94,559,000	Mujeres hispanas heterosxls	18,231,000	Hombres negros SID	107,000	Mujeres negros SID	54,000
---------------------	-----------	--------------------	---------	---------------------------	------------	----------------------	---------	---------------------------	------------	----------------------------	------------	-----------------------------	------------	--------------------	---------	--------------------	--------

Fuente: Holtgrave, D., Facultad Bloomberg de Salud Pública de Johns Hopkins en base a análisis de incidencia del VIH en los 50 estados de *MMWR*, 3 de octubre, 2008, con la inclusión de la incidencia del VIH en Puerto Rico, en la que todos los casos de Puerto Rico se clasificaron como hispanos, y tomada de *MMWR* del 5 de junio, 2009, del CDC. El número de personas en grupos del 2006 es un cálculo redondeado derivado del análisis de las siguientes fuentes: Statistical Abstract US, 2009; cálculo que 4% de los hombres TRH (TRH denota que tienen relaciones sexuales con hombres); The National Survey on Drug Use and Health Report, 29 de octubre, 2009; Brady y otros; *Journal of Urban Health* 2008, y Thierry y otros, *Emerging Infectious Diseases*, 2004.

En un momento de limitados recursos, debemos reorientar nuestros esfuerzos y darles mucha más atención y recursos a los siguientes grupos con el más alto riesgo de infección con el VIH:

- **Hombres homosexuales y bisexuales:** Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention), los hombres homosexuales constituyen aproximadamente 2% de la población de Estados Unidos, pero representan 53% de las nuevas infecciones.⁴⁴ Entre los hombres homosexuales, los hombres homosexuales blancos constituyen el mayor número de nuevas infecciones, pero los hombres homosexuales negros y latinos tienen un riesgo desproporcionadamente alto de infección;⁴⁵
- **Hombres y mujeres negros:** Los hombres y mujeres negros representan apenas 13% de la población, pero constituyen 46% de las personas con el VIH.⁴⁶ Entre las personas de raza negra, los hombres homosexuales y bisexuales tienen el más alto riesgo de infección con el VIH seguidos por mujeres y hombres heterosexuales.⁴⁷ Un estudio de cinco grandes ciudades descubrió que casi 50% de todos los hombres negros homosexuales y bisexuales tenían el VIH.⁴⁸ Entre todas las mujeres con el VIH/SIDA, 64% son negras.⁴⁹
- **Latinos y latinas:** Según el CDC, la tasa de nuevos diagnósticos del SIDA entre hombres latinos es tres veces más alta que la de hombres blancos, y la tasa entre las latinas es cinco veces más alta que entre las mujeres blancas.⁵⁰ Los hombres homosexuales y bisexuales representan la mayor proporción de casos del VIH entre latinos, seguidos por latinas heterosexuales.⁵¹
- **Adictos:** Las personas que se inyectan drogas son una porción relativamente pequeña de la población de Estados Unidos, pero están representadas desproporcionadamente en la epidemia del VIH. Se calcula que hay aproximadamente 1 millón de personas que se inyectan drogas, pero los usuarios de éstas representan aproximadamente 16% de las nuevas infecciones con el VIH en Estados Unidos.^{52,53} Aunque la Figura 2 refleja nuevos casos del VIH entre personas que se inyectan drogas,

44. Comunicado de prensa del CDC. CDC analysis provides new look at disproportionate impact of HIV and syphilis among U.S. gay and bisexual men. 19 de marzo, 2010. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/msmpressrelease.html> Este comunicado de prensa incluye datos sobre la población en general de Estados Unidos de 13 años o más que tuvieron relaciones con el mismo sexo en los últimos cinco años. (Fuente de datos: DW Purcell, C Johnson, A Lansky y otros. Calculating HIV and Syphilis Rates for Risk Groups: Estimating the National Population Size of Men Who Have Sex with Men 2010 National STD Prevention Conference; Atlanta, GA Latebreaker #22896 Presentado el 10 de marzo, 2010).

45. CDC. HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads. 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf

46. Hoja informativa del CDC. HIV/AIDS among African Americans. Agosto del 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/resources/factsheets/aa.htm>

47. CDC. HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads. 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf

48. CDC. HIV Prevalence, Unrecognized Infection, and HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men - Five U.S. Cities, junio del 2004-Abril del 2005. *MMWR Weekly* 54(24):597-601.

49. Hoja informativa del CDC. *HIV/AIDS Among Women*, agosto del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/pdf/women.pdf>

50. Hoja informativa del CDC. HIV/AIDS among Hispanics/Latinos. 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/hispanics/resources/factsheets/hispanic.htm>

51. CDC. HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads. 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf

52. Brady JE, Friedman SR, Cooper HLF y otros. Risk-based prevalence of infection drug users in the U.S. and in large U.S. metropolitan areas from 1992-2002. *J Urban Health*.2008;85:323-351.

53. Hall HI, Song R, Rhodes P y otros. Estimation of HIV incidence in the United States. *JAMA* 2008;300(5):520-529.

el uso de drogas no inyectadas como la metanfetamina, nitratos de amilo y otras también está relacionado con el contagio sexual del VIH y debe ser blanco de los esfuerzos de prevención.^{54,55,56}

Muchas personas en estos grupos posiblemente no participen en conductas más riesgosas que otras, pero de todos modos pueden ser más propensas a contagiarse con el VIH. La investigación ha demostrado que el alto riesgo para estos grupos está relacionado simplemente con el número de personas con el VIH en las comunidades en que viven. Como resultado, cualquier caso de conducta de riesgo implica probabilidades mucho más altas de infección que en otras comunidades con menos casos del VIH. Por lo tanto, tener relaciones sexuales sin protección incluso una sola vez conlleva un mayor peligro de contagio con el VIH para las personas en algunas comunidades que aquéllas en otras comunidades.^{57,58} En el noreste y el sur del país, como también Puerto Rico y las Islas Vírgenes de Estados Unidos, el VIH ha tenido un impacto mayor que en otras regiones del país.^{59,60}

Entre las mujeres y los hombres, ya hay factores biológicos, psicológicos y culturales que aumentan su vulnerabilidad a la infección y el avance de enfermedades. Se requiere investigación adicional sobre los factores únicos que contribuyen al peligro de que las mujeres se infecten con el VIH. Ya que las infecciones entre mujeres, en su mayoría, ocurren por medio de las relaciones heterosexuales, su factor de peligro se basa en la conducta arriesgada de su pareja masculina. Esto suscita complejas preguntas de lineamientos e investigación, ya que negociar prácticas sexuales más seguras puede ser particularmente difícil para las mujeres que pueden estar en peligro de violencia física o que dependen emocional o económicamente de los hombres.⁶¹ Dadas las disparidades extremas en la tasa de infección entre mujeres negras y latinas en comparación con mujeres blancas, también es importante considerar los factores únicos que elevan su riesgo de infección. Un asunto semejante, aunque ciertamente no es el único, se relaciona con una proporción más alta de usuarios de drogas inyectadas entre sus parejas masculinas que en otras comunidades.⁶² Otro asunto se refiere a tratar de evaluar el efecto del encarcelamiento en estas comunidades y el impacto que tiene en el contagio con el VIH. Aunque los datos disponibles indican que ocurren relativamente menos infecciones en prisiones, hay evidencia de que algunas personas con el VIH que recibieron atención médica cuando estaban en la cárcel tienen dificultad para obtener medicamentos para el VIH tras ser puestas en libertad, lo que afecta su salud y potencialmente aumenta las probabilidades de que transmitan el VIH.^{63,64,65} Una alta tasa

54. Strathdee SA, Sherman SG. The role of sexual transmission of HIV infection among injection and non-injection drug users. *J Urban Health*. 2003; 80:iii7-14.

55. Molitor F, Truax SR, Ruiz JD, Sun RK. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *West J Med*. 1998;168(2):93-97.

56. Buchbinder SP, Vittinghoff E, Heagerty P y otros. Sexual Risk, Nitrite Inhalant Use, and Lack of Circumcision associated with HIV Seroconversion in Men who have Sex with Men in the United States. *J Acquir Immune Def Syn*. 2005;39(1):82-89.

57. Millett GA, Flores SA, Peterson J, Bakeman R. Explaining disparities in HIV infection among Black and White men who have sex with men: A meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS* 2007;21(15): 2083-2091.

58. Hallfors DD, Iritani BJ, Miller WC, Bauer DJ. Sexual and Drug Behavior Patterns and HIV/STD Racial Disparities: The Need for New Directions. *Am J Public Health*. 2007;97(1):125-132.

59. CDC. HIV/AIDS Surveillance in Urban and Nonurban Areas (through 2007) Slide Set. 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/urban-nonurban/index.htm>

60. Hoja informativa del HHS: HIV/AIDS in the Caribbean. Disponible en <http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7505-06.pdf>

61. Amaro H, Raj A. One the margin: Power and women's HIV risk reduction strategies. *Sex Roles*. 2000;42:723-749.

62. CDC. HIV/AIDS Surveillance in Injection Drug Users (through 2007) Conjunto de diapositivas. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/idu/resources/slides/index.htm>

63. CDC. HIV Transmission among Male Inmates in a State Prison System—Georgia, 1992-2005. 2006. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5515a1.htm>. Tomado el 14 de junio, 2010.

64. Federal Bureau Of Prisons. HIV Seroconversion Study. Presentado en la International Emerging Infectious Diseases Conference. 19 al 22 de marzo, Atlanta, GA. 2006.

65. Baillargeon J, Giordano TP, Rich JD y otros. Accessing antiretroviral therapy following release from prison. *JAMA* 2009;301(8):848-857.

de encarcelamiento en ciertas comunidades también puede ser desestabilizante. Cuando grandes cantidades de hombres son encarcelados, el desequilibrio entre los géneros en las comunidades que dejan atrás puede propiciar el contagio con VIH al aumentar las probabilidades de que los hombres restantes tengan relaciones múltiples y concurrentes con parejas sexuales femeninas. Esto a su vez aumenta las probabilidades de que un solo hombre contagie con el VIH a parejas femeninas múltiples.⁶⁶

Otro desafío para quienes dictan los lineamientos es la forma de responder apropiadamente al VIH en las comunidades que representan una pequeña porción de la población de Estados Unidos. Por ejemplo, aunque los estadounidenses de origen asiático e isleños del Pacífico (AAPI por sus siglas en inglés) representan aproximadamente 1% de los casos del VIH/SIDA nacionalmente, el número de casos del VIH/SIDA puede ser más alto debido a que se reportan casos de menos o se clasifican equivocadamente los casos de asiáticos con el VIH bajo otra categoría racial.⁶⁷ Además, cuando se toma en cuenta las dimensiones del grupo, los indígenas americanos y oriundos de Alaska (AI/AN) han ocupado el tercer lugar en número de casos diagnosticados del VIH/SIDA, después de estadounidenses de raza negra y latinos.⁶⁸ Aunque debemos centrar los esfuerzos del país en las comunidades con mayor número de nuevas infecciones, es necesario que se continúe el apoyo a esfuerzos dirigidos de control en localidades con una concentración de AAPI e indígenas americanos.

Está claro que los afroamericanos en general y los hombres homosexuales y bisexuales (independientemente de raza u origen étnico) continúan siendo los más afectados por la infección con el VIH en Estados Unidos. En años recientes, quienes dictan los lineamientos, líderes comunitarios y otros han comenzado a formular respuestas al VIH entre afroamericanos. Los estadounidenses negros representan 13% de la población de Estados Unidos, pero 46% de aproximadamente 1.1 millones de personas con el VIH en Estados Unidos son negras.⁶⁹ El número de casos de SIDA entre afroamericanos superó el de casos de SIDA entre blancos en 1994 y sigue aumentando.⁷⁰ Los afroamericanos constituyen la mayor proporción de casos del VIH/SIDA en muchas categorías de contagio, entre ellas mujeres, hombres heterosexuales, personas que se inyectan drogas y bebés. La tasa de casos del VIH/SIDA entre mujeres negras es casi veinte veces más alta que entre mujeres blancas.⁷¹ Lo que a veces no se reconoce tanto es la medida en que la epidemia del VIH entre los estadounidenses negros sigue concentrada entre hombres homosexuales negros, quienes constituyen el mayor grupo de afroamericanos con el VIH.⁷² Combatir el VIH entre afroamericanos y combatir el VIH entre hombres homosexuales y bisexuales no son mutuamente excluyentes. Los esfuerzos por reducir el VIH entre negros deben hacerle frente a la epidemia entre hombres homosexuales y bisexuales negros tan enérgicamente como los actuales esfuerzos para hacerle frente a la epidemia entre otros grupos. Estas comunidades coinciden en parte, y ambas requieren de esfuerzos intensivos para combatir el contagio del VIH.

66. Adimora AA, Schoenbach VJ, Doherty IA. HIV and African Americans in the Southern United States: Sexual Networks and Social Context. *Sex Transm Dis.* 2006; 33(7):S39-S45.

67. Hoja informativa del CDC. HIV/AIDS among Asians and Pacific Islanders. Agosto del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/API.htm>

68. Hoja informativa del CDC. HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives. Agosto del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/aian.htm>

69. Hoja informativa del CDC. HIV/AIDS among African-Americans. Agosto del 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/aa/resources/factsheets/aa.htm>

70. CDC. HIV/AIDS Surveillance by Race/Ethnicity (through 2007) Conjunto de diapositivas. Abril del 2009. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/race-ethnicity/index.htm>

71. CDC. *HIV/AIDS Surveillance Report.* 2007; 19:7. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>

72. CDC. HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads. 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf

Los hombres homosexuales y bisexuales han constituido la mayor proporción de la epidemia del VIH en Estados Unidos desde que se reportaron los primeros casos en la década de 1980, y desafortunadamente, eso no ha cambiado. Aún representan la mayor proporción de infecciones en el país. Aunque no se refleja en las Figuras 2 ó 3 debido a su reducido número, los hombres homosexuales y bisexuales también representan la mayor proporción de casos del VIH en las comunidades de AAPI y AI/AN.^{73, 74} Dada la severidad y el carácter perdurable del impacto dispar entre los hombres homosexuales y bisexuales, es importante reasignar prioridades considerablemente con respecto a recursos y atención en esta comunidad. **Estados Unidos no puede reducir el número de infecciones con el VIH nacionalmente sin hacer una mejor labor para combatir el VIH entre hombres homosexuales y bisexuales.** Nuestro compromiso nacional con este grupo no siempre ha alcanzado un nivel de fondos para prevención del VIH que refleje su riesgo.⁷⁵ A pesar de que los hombres homosexuales y bisexuales constituyen solamente 2% de la población de Estados Unidos (4% de los hombres):

- Los hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas son el único grupo en Estados Unidos donde el número estimado de nuevas infecciones con el VIH aumenta anualmente.⁷⁶
- Son 44 a 86 veces más propensos a contagiarse del VIH que otros hombres, y 40 a 77 veces más propensos a contagiarse que las mujeres.⁷⁷
- Aproximadamente la mitad de las 1.1 millones de personas con el VIH en Estados Unidos son hombres homosexuales y bisexuales, y constituyen la mayoría (53%) de las nuevas infecciones con el VIH anualmente.⁷⁸
- La alta tasa del VIH entre hombres homosexuales no se limita a las grandes áreas urbanas. Más de la mitad de todos los casos del SIDA que se diagnostican en Estados Unidos son entre hombres homosexuales y bisexuales, independientemente del tamaño de su pueblo o ciudad.⁷⁹

Al igual que los hombres homosexuales y bisexuales, los transexuales también tienen un alto riesgo de contagiarse con el VIH. Algunos estudios muestran que hasta 30% de los transexuales tienen el VIH.⁸⁰ Sin embargo, históricamente, los esfuerzos dirigidos a este grupo específico han sido mínimos.

La carga de hacerle frente a la epidemia del VIH entre hombres homosexuales y bisexuales, y los transexuales no recae tan sólo en el gobierno. A inicios de la epidemia, la comunidad de homosexuales, bisexuales y transexuales (LGBT) desarrolló sus propias campañas de educación e instituciones para reducir el contagio con el VIH ante la inacción del gobierno y otras instituciones. Es importante para nuestro éxito continuar estos esfuerzos. A pesar de nuestros logros iniciales, el CDC informa que los casos diagnosticados del VIH

73. CDC. HIV/AIDS among Asians and Pacific Islanders. Agosto del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/API.htm>

74. CDC. HIV/AIDS among American Indians and Alaska Natives. Agosto del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/aian.htm>

75. NASTAD and Kaiser Family Foundation. The National HIV Prevention Inventory: The State of HIV Prevention Across the U.S. July 2009. Disponible en <http://www.kff.org/hiv/aids/upload/7932.pdf>

76. CDC. Hoja informativa del CDC: HIV and AIDS among Gay and Bisexual Men. Junio del 2010. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/FastFacts-MSM-FINAL508COMP.pdf>

77. CDC. Hoja informativa del CDC: HIV and AIDS among Gay and Bisexual Men. Junio del 2010. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/FastFacts-MSM-FINAL508COMP.pdf>

78. CDC. Hoja informativa del CDC: HIV and AIDS among Gay and Bisexual Men. Junio del 2010. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/FastFacts-MSM-FINAL508COMP.pdf>

79. CDC. HIV/AIDS Surveillance in Urban and Nonurban Areas (through 2007). Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/urban-nonurban/index.htm>

80. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV Status among Transgender Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acquir Immune Def Syndr* 2008;48(1):97-103.

entre hombres homosexuales jóvenes (de 13 a 24 años) de todas las razas y orígenes étnicos aumentó entre el 2001 y 2006.⁸¹

Medidas Recomendadas.

Para reorientar nuestros esfuerzos de prevención del VIH, es necesario:

- 1.1 Asignar fondos públicos a zonas geográficas según la prevalencia de la epidemia:** Los gobiernos en todos los niveles deben asegurarse de que los fondos para la prevención del VIH se asignen conforme a los más recientes datos epidemiológicos y estén dirigidos a los grupos y comunidades de mayor prevalencia.
- 1.2 Dirigirse a grupos de alto riesgo:** Las agencias federales deben desarrollar nuevos mecanismos para asegurarse de que los fondos de las subvenciones a los departamentos de salud estatales y locales y organizaciones comunitarias se basen en el perfil epidemiológico de la jurisdicción.
 - 1.2.1 Prevenir el VIH entre homosexuales, y bisexuales, y personas transexuales:** El Congreso y las legislaturas estatales deben considerar la implementación de leyes que promuevan las prácticas de salud pública y pongan énfasis en la mejor evidencia existente para la prevención del VIH entre minorías sexuales.
 - 1.2.2 Prevenir el VIH entre hombres y mujeres de raza negra:** Para disminuir el riesgo para todos los estadounidenses, los esfuerzos de prevención deben reconocer la gran carga del VIH entre estadounidenses de raza negra y asignar recursos debidamente.
 - 1.2.3 Prevenir el VIH entre estadounidenses latinos:** Los esfuerzos de prevención del VIH dirigidos a las comunidades latinas deben ser apropiados en términos culturales y estar a disposición de grupos de latinos aculturados y no aculturados.
 - 1.2.4 Prevenir el VIH entre quienes consumen sustancias nocivas:** El consumo de sustancias nocivas está relacionado con mayores probabilidades de infectarse con el VIH. El despistaje del VIH y otros servicios integrales de prevención del VIH deben ser parte de los programas para el tratamiento de la adicción.
- 1.3 Abordar la prevención del VIH en grupos de estadounidenses de origen asiático e isleños del Pacífico (Asian American and Pacific Islanders o AAPI) y grupos de indígenas estadounidenses y oriundos de Alaska (American Indian o AI/Alaskan Native o AN):** Las agencias federales y estatales deben considerar esfuerzos para apoyar las actividades de vigilancia para caracterizar mejor el VIH entre grupos menos numerosos, como los AAPI y AI/AN.
- 1.4 Mejorar el rendimiento de cuentas en los programas:** Son necesarias nuevas herramientas para hacer que los beneficiarios de fondos públicos demuestren que logran resultados.

Medida 2: Ampliar esfuerzos dirigidos para prevenir la infección con el VIH usando una combinación de estrategias eficaces y basadas en evidencia.

Una de las lecciones más duras de la epidemia del VIH/SIDA es que no hay una sola 'solución mágica' que ponga fin a la oleada de nuevas infecciones con el VIH. En el pasado, algunas personas se han centrado en

81. CDC. Trends in HIV/AIDS Diagnoses among men who have sex with men—33 states, 2001–2006. MMWR Junio del 2008;57(25):681–686.

un método de prevención del VIH en lugar de otros. El debate público ha simplificado demasiado los asuntos de política de salud y ha llevado a algunas personas a creer que una sola solución, ya sea educación, uso de preservativos o innovaciones biomédicas, era la clave para reducir el contagio del VIH. Nuestros esfuerzos de prevención se han visto perjudicados por no usar las debidas estrategias combinadas y con elementos comunes para la prevención del VIH.^{82,83} Además, no hemos utilizado de manera sistemática las herramientas más eficaces y económicas para prevenir el VIH o las herramientas que tendrán un impacto sostenible a largo plazo.⁸⁴ La evaluación y uso de métodos múltiples que hayan sido comprobados científicamente tendrán un mayor impacto para evitar que las personas se contagien. La investigación adicional también puede ayudar a identificar nuevas estrategias de prevención y la más eficaz combinación de estrategias para prevenir nuevos casos de infección con el VIH.

La prevención entre las personas que tienen el VIH es crucial para reducir casos nuevos del VIH. Para prevenir el VIH, debemos esforzarnos por asegurar que todas las personas con el VIH sepan si están infectadas y que se les ponga en contacto con atención de alta calidad que reciban continuamente e incluya y promueva la terapia antirretroviral para el VIH, de acuerdo con los estándares actuales de la medicina clínica.⁸⁵ Además, es necesario que todas las personas a quienes se diagnostique el VIH (1) reciban servicios para ayudarlas a notificar a recientes parejas sexuales y de consumo de drogas inyectadas sobre la necesidad de que se hagan la prueba para el VIH; (2) reciban acceso a intervenciones conductuales y biomédicas que se ha demostrado que reducen considerablemente las probabilidades de que contagien a otros con el VIH y reducen las probabilidades de que se contagien de otras enfermedades de transmisión sexual, y (3) se sometan a varias pruebas clínicas y se les ponga en contacto con otros servicios médicos y sociales (según se requieran, entre ellos tratamiento para la adicción, planificación familiar, vivienda y servicios de salud mental) que apoyen a las personas para que reduzcan el riesgo de que contagien a otros.

Es más, todas las personas con resultados negativos del VIH pero con un alto riesgo de infección con el VIH, especialmente aquéllas en relaciones sexuales con personas con el VIH o aquéllas con parejas sexuales múltiples, deben hacerse la prueba del VIH y enfermedades de transmisión sexual por lo menos una vez al año. También deben tener acceso a intervenciones conductuales y biomédicas a largo plazo, y resultados sostenibles que reduzcan las probabilidades de que se contagien con el VIH y también recibir otros servicios médicos y sociales (según sea necesario) para reducir el riesgo de contagio con el VIH.

Las siguientes son estrategias conductuales y biomédicas científicamente comprobadas que reducen las probabilidades de contagio con el VIH:

- **Abstinencia sexual o de uso de drogas:** Abstenerse de actividad sexual y uso de sustancias nocivas reduce el peligro de contagio con el VIH. En casos en que esto no sea posible, limitar el número de parejas y tomar otras medidas puede disminuir el riesgo de contagio con el VIH.
- **La prueba del VIH:** Existe evidencia de que las personas con resultados positivos del VIH toman medidas para evitar la exposición de otros al virus.⁸⁶ Las personas que desconocen que tienen el VIH durante un

82. Auerbach JD, Coates TJ. HIV Prevention Research: Accomplishment and Challenges for the Third decade of AIDS. *Am J Public Health*. 2000;90:1029-1032.

83. UNAIDS. UNAIDS promotes combination HIV prevention towards universal access goals. Marzo del 2009. Disponible en http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090318_ComprehensivePrevention.asp

84. Piot P, Bartos M, Larson H, Zewdie D, Mane P. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *Lancet*. 2008 (9641);372:845-859.

85. El Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health o NIH) publica y actualiza las directrices de medicina clínica del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la terapia antirretroviral en la personas con el HIV. Se pueden encontrar las versiones más recientes de las directrices para grupos específicos en <http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/>.

86. Marks G, Crepaz Nicole, Janssen, RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006;20(10):1447-1450.

periodo prolongado posiblemente comiencen a recibir atención demasiado tarde como para beneficiarse al máximo de la terapia, y posiblemente expongan a otros al VIH de manera no intencional.⁸⁷

- **Disponibilidad.de.preservativos:**El uso de preservativos es el método más eficaz de reducir el riesgo de contagio con el VIH durante la actividad sexual. Se calcula que el uso correcto y sistemático de preservativos para hombres reduce en 80% el peligro de contagio con el VIH.⁸⁸
- **Acceso.a.jeringas.estériles:**Entre las personas que se inyectan drogas, compartir jeringas y otros accesorios para drogas aumenta el riesgo de infección con el VIH. Varios estudios han descubierto que proporcionarles equipo esterilizado a las personas que se inyectan drogas reduce considerablemente el riesgo de contagio con el VIH, aumenta las probabilidades de que inicien el tratamiento para la adicción y no aumenta el uso de drogas.^{89,90}
- **Tratamiento.para.el.VIH:**Además de los beneficios a la salud propia, los estudios indican que las personas con el VIH que siguen una terapia antirretroviral eficaz son menos propensas a transmitir el virus en comparación con las personas con el virus que no están tomando medicamentos.⁹¹ También hay medicamentos específicos para el VIH que una persona puede tomar inmediatamente después de la exposición al VIH que pueden reducir el riesgo de contagio con el VIH, las cuales se llaman profilaxis pos-exposición (PEP).⁹² La terapia antirretroviral para las embarazadas con el VIH también reduce considerablemente el riesgo de contagio del VIH durante el embarazo y parto.⁹³

Algunas otras intervenciones biomédicas y conductuales no se han vinculado sistemáticamente con la reducción del contagio con el VIH, pero de todos modos pueden contribuir a nuestros esfuerzos de prevención. Por ejemplo, tener una infección de transmisión sexual que no ha sido tratada, como el herpes, gonorrea o sífilis aumenta considerablemente las probabilidades de que una persona se contagie con el VIH, pero las investigaciones aún no han demostrado que el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual disminuye la infección con el VIH a nivel de población.^{94,95} No obstante, todas las personas que se sometan a despistaje de enfermedades de transmisión sexual también deben hacerse la prueba del VIH porque las mismas conductas riesgosas contribuyen a estas infecciones.⁹⁶ De manera similar, hay intervenciones conductuales comprobadas científicamente que reducen conductas riesgosas con relación al VIH como la conducta sexual riesgosa o el uso de drogas.⁹⁷ A pesar de que no se ha comprobado que estas intervenciones reducen la infección con el VIH, promueven conductas sexuales responsables que podrían disminuir el peligro de que

87. Bisset L, Cone RW, Huber W y otros. Highly active antiretroviral therapy during early HIV infection reverses T-cell activation and maturation abnormalities. *AIDS* 1998;12(16):2115-23.

88. Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Número 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

89. Latkin, C, Davey, M, y Hua, W. Needle Exchange Program Utilization and Entry into Drug User Treatment: Is There a Long-Term Connection in Baltimore, Maryland? *Subst Use Misuse*, 41(14):1991-2001.

90. Vlahov D, Junge B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep.* 1998;113 (Suppl 1):75-80.

91. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J y otros. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *The Lancet*. 2010.

92. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ y otros. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. *MMWR*. 2005; 54:1-20.

93. HHS. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 24 de mayo, 2010.

94. Celum C, Wald A, Hughes J y otros. Effect of acyclovir on HIV-1 acquisition in herpes simplex virus 2 seropositive women and men who have sex with men. *Lancet* 2008;371:2109-19.

95. Gray RH, Wawer MJ. Reassessing the hypothesis on STI control for Prevention. *Lancet* 2008; 371(9630): 2064-2065.

96. National Alliance of State and Territorial AIDS Directors, National Coalition of STD Directors. STD/HIV prevention integration; 2002 Disponible en: URL: <http://www.ncsddc.org/docs/STDHIVIssuePaperFinal.pdf>.

97. CDC. 2009 compendium of evidence-based HIV prevention interventions. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/prs/evidence-based-interventions.htm>

una persona se contagie con el VIH y algunas han sido relacionadas con una reducción en enfermedades de transmisión sexual.^{98,99,100} Sin embargo, no todas las intervenciones son igualmente eficaces a largo plazo ni de escala fácilmente variable como para que pueden ser efectivas y propagadas eficazmente a grupos más numerosos de personas.¹⁰¹ Dados los limitados recursos y necesidades considerables en comunidades muy impactadas por el VIH, se debe dar prioridad a las intervenciones conductuales que pueden afectar eficazmente a grupos numerosos de personas. Además, es necesario mayor análisis de los operativos para determinar cuáles intervenciones conductuales son de escala variable y producen resultados contundentes y sostenibles.

La calidad de información con la que contamos para comprender la epidemia que enfrentamos y las formas en que está cambiando, depende de tener un sistema eficaz de control del VIH. El Sistema Nacional de Control del VIH (National HIV Surveillance System) es una de las principales fuentes de datos utilizadas para controlar la epidemia en Estados Unidos. El control de datos del VIH se usa extensamente para escoger y evaluar programas de prevención y cuidado del VIH. Por lo tanto, es crucial que los datos sean completos y oportunos. El control de la enfermedad del VIH requiere de un sistema complejo de información por proveedores, laboratorios y departamentos de salud a nivel estatal y local, para coordinar que se proporcione información exacta, completa y oportuna. Aunque el sistema ha funcionado bien, hay pocas herramientas para detectar con exactitud a las personas que se han contagiado recientemente con el VIH. Esto es crucial porque las personas recientemente contagiadas con el VIH son más infecciosas que las personas con el VIH por mucho tiempo.¹⁰² Aparte de las herramientas de diagnóstico de infección aguda con el VIH, no todos los puntos de control del VIH se mantienen al tanto de los mismos indicadores clave de la misma manera (por ejemplo, carga viral, CD4).

Las estrategias actuales para prevenir el VIH deben ir acompañadas por investigaciones sobre métodos nuevos e innovadores de prevención que pueden tener un impacto a largo plazo. Las vacunas y los microbicidas son dos estrategias biomédicas muy prometedoras, pero aún no están disponibles vacunas y microbicidas seguros y eficaces, y se debe continuar la inversión en investigación para producir vacunas microbicidas seguras y eficaces. Además, un campo importante de estudio es la viabilidad y eficacia de usar tratamientos para evitar nuevas infecciones. Dichas estrategias incluyen: 1) profilaxis pre-exposición (PrEP), el uso de terapia antirretroviral por grupos de alto riesgo no infectados, como las personas con resultados negativos del VIH en relaciones estables con personas con el VIH y 2) estrategias potenciales de prevención conocidas como 'test and treat' (hacer el despistaje y brindar tratamiento) o 'test, treat and link to care' (hacer el despistaje, brindar tratamiento y remitir a servicios médicos) para determinar si un programa de despistaje del VIH a nivel comunitario con la oferta de tratamiento inmediato puede disminuir la tasa total de nuevas infecciones con el VIH en esa comunidad. Actualmente se realizan estudios para determinar la viabilidad de PrEP y 'test and treat' en Estados Unidos y muchos lugares en el mundo. Incluso si estas estrategias de prevención tienen éxito, serán necesarias investigaciones adicionales para evaluar la eficacia de estas estrategias en términos de costo y su adaptabilidad fuera de los estudios de investigación meticulosamente controlados. También

98. Coates T, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them better. *Lancet*. 2008;372(9639):669-684.

99. Koblin B, Chesney M, Coates TJ, for the EXPLORE Study Team. Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *Lancet*. 2004; 364: 41-50.

100. Crepaz N, Horn AK, Rama SM, et al. The efficacy of behavioral interventions in reducing HIV risk sex behaviors and incident sexually transmitted disease in black and Hispanic sexually transmitted disease clinic patients in the United States: a meta-analytic review. *Sex Transm Dis*. 2007;34(6):319-32.

101. Coates T, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them better. *Lancet* 2008;372(9639):669-684.

102. Pilcher CD, Tien HC, Eron JJ y otros. Brief but efficient: Acute HIV infection and the sexual transmission of HIV. *J Infect Dis* 2004; 189(10):1785-1792.

habrá necesidad de combinar estas estrategias con intervenciones conductuales para asegurar que cualquier resultado positivo de PrEP, 'test and treat' u otras intervenciones innovadoras no sean eliminados por cambios en la conducta riesgosa.

Existe la oportunidad de obtener resultados mejores de nuestras inversiones en la prevención del VIH al dirigir, evaluar y aumentar el acceso a combinaciones eficaces de servicios de prevención.

Medidas Recomendadas

A fin de expandir las estrategias eficaces para la prevención del VIH, son necesarias las siguientes medidas:

- 2.1 Concebir y evaluar estrategias innovadoras de prevención y combinaciones de estrategias para prevenir el VIH en comunidades de alto riesgo:** Las agencias gubernamentales deben financiar y evaluar proyectos de demostración para determinar cuáles combinaciones de intervenciones eficaces son de costo eficiente, producen resultados sostenibles y tienen el mayor impacto en prevenir el VIH en comunidades específicas.
- 2.2 Apoyar y mejorar las actividades de despistaje y control del VIH:** Existe la necesidad de apoyar los métodos de control existentes para identificar los grupos de mayor riesgo y más necesitados de servicios de prevención del VIH.
- 2.3 Aumentar el acceso a servicios eficaces de prevención:** Los fondos federales deben respaldar los servicios eficaces de prevención del VIH con el mayor potencial de impacto a nivel de población para grupos de alto riesgo, y se debe alentar a los gobiernos estatales y locales a aumentar el acceso a ellos.
- 2.4 Aumentar la prevención en personas con el VIH:** Aunque la mayoría de las personas diagnosticadas con el VIH no le transmite el virus a otros, hay estrategias eficaces que apoyan a las personas para que no transmitan el VIH a otros.

Medida 3: Educar a todos los estadounidenses sobre la amenaza del VIH y maneras de prevenirlo.

Si un principio fundamental de la *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* es que debemos dedicar nuestra inversión pública a lograr una respuesta máxima, se supone que todos los estadounidenses tengan acceso a un nivel básico y común de información sobre la actual epidemia del VIH. Esto incluye saber cómo se transmite y previene el VIH, y saber cuáles conductas hacen que las personas corran mayor riesgo de infección. En algunas comunidades, muchas personas ya no consideran el VIH una prioridad o algo que podría afectarlas personalmente. Aunque reconocemos plenamente que el VIH está concentrado en ciertas comunidades, es necesario proporcionarles a todos los estadounidenses información clara sobre maneras de evitar el contagio con el VIH.

Se requiere educación más extensa sobre el VIH dirigida a todas las edades. Entre las personas con el VIH, 24% tienen más de 50 años, y 15% de los nuevos casos del VIH ocurren entre personas de esa edad.¹⁰³ La concientización y educación sobre el VIH deben estar universalmente integradas a todos los entornos educativos y programas de salud y bienestar. Es importante incluir información sobre el VIH en cualquier contexto de bienestar que promueva la conducta sana, lo que incluye la salud sexual. También debemos asegurar que todos los profesionales de salud y bienestar (compañeros asesores, especialistas en admisión,

103. CDC. HIV/AIDS among Persons Aged 50 and Older. Febrero del 2008. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/over50/resources/factsheets/over50.htm>

médicos, enfermeros y otros profesionales médicos) también cuenten con conocimientos sobre el VIH, especialmente en programas para comunidades subatendidas. Debemos asegurar que esta información les llegue a los grupos que posiblemente se pasen por alto, entre ellos las personas con discapacidades. El propósito de los esfuerzos de educación y concientización es mejorar el entendimiento individual de la infección con el VIH, los factores de riesgo relacionados con el VIH y la reducción de riesgos, y el estigma y discriminación relacionados con el VIH.

También es importante educar a los estadounidenses sobre las formas en que no se transmite el VIH. Una proporción significativa de estadounidenses tienen conceptos equivocados sobre el contagio del VIH. La Kaiser Family Foundation dio a conocer los resultados de una encuesta en el 2009, en la que entre uno de cada cinco o uno de cada diez estadounidenses creía que el VIH se podía contagiar al tomar de un mismo vaso de agua, tocar el asiento de un inodoro o nadar en una alberca con alguien con el VIH. Las suposiciones falsas variaban según grupo demográfico y eran más comunes entre las personas mayores, pero hasta un tercio de los jóvenes (de 18 a 29 años) hacían dichas suposiciones falsas. Asombrosamente, el porcentaje de estadounidenses con estas suposiciones falsas no ha cambiado desde 1987.¹⁰⁴

Finalmente, debe ser una prioridad educar a los jóvenes sobre el VIH antes de que comiencen a tener conductas que los ponen bajo el riesgo de contagiarse con el VIH. Apropiadamente, es la labor de los padres inculcar valores y proporcionar la base moral y ética para sus hijos, pero las escuelas tienen una importante función en proporcionar acceso a información actualizada y exacta sobre los aspectos biológicos y científicos de la educación sobre la salud. Es importante proporcionar acceso a un nivel básico de información sobre la salud que se base en los beneficios de la abstinencia y de retrasar o limitar la actividad sexual, y a la vez asegurar que los jóvenes que toman la decisión de ser sexualmente activos cuenten con la información que necesitan para tomar medidas para protegerse.

Medidas.Recomendadas

Para educar mejor al pueblo estadounidense sobre el VIH/SIDA, es necesario:

- 3.1 Utilizar campañas de marketing social y educación:** Es necesario aumentar las campañas de extensión y participación con medios tradicionales de prensa (radio, televisión y prensa escrita) y medios cibernéticos (como sitios de Internet sobre salud, proveedores de servicios de búsqueda, medios sociales y aplicaciones móviles) para educar y lograr la participación del público sobre las maneras en que se contagia el VIH y para reducir conceptos erróneos sobre el contagio con el VIH. Se realizarán esfuerzos para aprovechar y usar como punto de partida el Día Mundial del SIDA (1º de diciembre) y el Día Nacional para el Despidaje del VIH (27 de junio), como también otras fechas importantes y actividades durante todo el año.
- 3.2 Promover educación apropiada para cada edad sobre la prevención del VIH y enfermedades de transmisión sexual para todos los estadounidenses:** Demasiados estadounidenses carecen de los conocimientos básicos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Se requiere educación sostenida que recalque la información para alentar eficazmente a las personas de todas las edades a que tomen medidas para reducir el riesgo de contraer infecciones.

104. Kaiser Family Foundation. 2009 Survey of Americans on HIV/AIDS: Summary of Findings on the Domestic Epidemic. Disponible en <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7889.pdf>



Aumentar el Acceso a la Atención y Mejorar los Resultados Médicos de las Personas con el VIH

Resumen del Plan para Aumentar el Acceso a la Atención y Mejorar los Resultados Médicos

Para aumentar el acceso a atención y mejorar los resultados médicos, debemos dedicarnos a:

- Crear un sistema integrado para poner a las personas en contacto con atención continua, coordinada y de calidad cuando se enteren de que están infectadas con el VIH.
- Tomar medidas persistentes para aumentar el número y la diversidad de proveedores disponibles de atención clínica y servicios relacionados para personas con el VIH.
- Apoyar a las personas con el VIH que tienen enfermedades concurrentes y dificultades para atender sus necesidades básicas, como vivienda.

Resultados previstos:

Para el 2015:

- Aumentar de 65% a 85% la proporción de pacientes con diagnósticos recientes que reciben atención clínica dentro de los tres meses posteriores a su diagnóstico del VIH
- Aumentar de 73% a 80% la proporción de personas con el VIH que reciben atención continua (por lo menos 2 consultas de atención médica rutinaria para el VIH en 12 meses, con por lo menos 3 meses entre ellas)
- Aumentar de 82% a 86% el porcentaje de clientes con el VIH/SIDA del programa Ryan White con vivienda permanente (Esto sirve como representación cuantificable de nuestros esfuerzos por aumentar el acceso a asistencia de vivienda del HUD y de otras fuentes para todas las personas necesitadas con el VIH.)

La Oportunidad

Aunque aún no existe una cura para la infección con el VIH, hay un número cada vez mayor de tratamientos que pueden prolongar la esperanza de vida de quienes tienen acceso a ellos. La investigación sigue siendo esencial para encontrar la cura para el VIH y desarrollar terapias y regímenes más seguros y eficaces para el VIH y las complicaciones relacionadas. Sin embargo, el acceso al tratamiento puede dificultarse debido al alto costo de la atención, lo que hace de la cobertura de seguro una necesidad. En promedio, la terapia para el VIH cuesta aproximadamente \$25,000 por año, y los medicamentos son sólo una porción de todas las necesidades de atención de salud de una persona.¹⁰⁵ Otros factores también pueden evitar que las personas comiencen a recibir atención y sigan su tratamiento.

A pesar de nuestra significativa inversión pública en servicios de atención de salud por medio de Medicaid, Medicare y el Programa Ryan White contra el VIH/SIDA, demasiadas personas con el VIH no tienen acceso a la atención médica que necesitan. Además, la difícil situación económica ha causado que muchos estados reduzcan o eliminen los fondos para los programas del VIH. Las listas de espera y otras limitaciones a medicamentos vitales para el VIH están aumentando las inquietudes que amenazan nuestro progreso para lograr que las personas con el VIH reciban atención.

105. Schackman BR, Gebo KA, Walensky RP y otros. The lifetime cost of current human immunodeficiency virus care in the United States. *Med Care* 2006; 44(11):990-7.

La *Affordable Care Act*, que aumentará mucho el acceso a cobertura de seguro para personas con el VIH, proporcionará una plataforma para mejoras en la cobertura y calidad de la atención de salud.¹⁰⁶ Los grupos mancomunados de alto riesgo están inmediatamente disponibles. Se establecerán grupos mancomunados de alto riesgo en todo estado para proporcionarles cobertura a las personas sin seguro con enfermedades crónicas. En el 2014, se expandirá Medicaid para incluir a personas de menos de 65 años de bajos ingresos (debajo del 133% del nivel federal de pobreza o a aproximadamente \$15,000 para una persona individual en el 2010). Las personas no aseguradas con ingresos de hasta 400% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$43,000 para una persona individual en el 2010) tendrán acceso a créditos tributarios federales y tendrán la oportunidad de comprar seguro privado por medio de un sistema especializado y competitivo de seguro. Nuevas medidas de protección al consumidor protegerán más a las personas con cobertura de seguro privado al acabar con la discriminación basada en el estado de salud y enfermedades previas. Será necesario seguir buscándoles solución a las brechas en atención y servicios esenciales para las personas con el VIH, además de los efectos biológicos, psicológicos y sociales únicos de vivir con el VIH. Mientras la nueva ley entra en vigor, también será importante asegurar que se incluya a las personas con el VIH y proveedores de atención de salud dedicados al VIH en los diversos proyectos dirigidos a mejorar la calidad de atención e integración de servicios.

El Programa Ryan White contra el VIH/SIDA inicia su vigésimo año y tiene como propósito prestar servicios a las personas no aseguradas y llenar las brechas en la cobertura de seguro privado y público. Aunque el programa ha realizado una labor impresionante, el nivel de necesidad siempre ha superado la disponibilidad de fondos. Se debate constantemente la manera de asignar equitativamente recursos limitados entre grupos necesitados o los servicios a los que se debe dar prioridad. El mayor acceso a la cobertura de seguro no cubrirá todas las necesidades, pero la implementación de la reforma de seguro médico le ofrece al país la oportunidad de volver a considerar lo que se necesitará del Programa Ryan White contra el VIH/SIDA para hacer que, una vez que más personas tengan cobertura, las personas con el VIH reciban atención y continúen recibéndola. Por lo tanto, el Programa Ryan White contra el VIH/SIDA y otros programas federales y estatales dedicados al VIH continuarán siendo necesarios después de que se implemente la ley para cubrir las brechas en servicios esenciales a las personas con el VIH.

Las personas con el VIH también tienen otros desafíos significativos. Muchas personas con el VIH tienen otras enfermedades concurrentes, como las del corazón, depresión u otros problemas de salud mental, o adicción a las drogas o alcohol.¹⁰⁷ Además, la pobreza, el desempleo, la violencia familiar, la falta de techo, el hambre y la falta de acceso al transporte, entre otros problemas, pueden evitar que las personas tengan acceso a la atención de salud. También hay diferencias en el acceso a la atención de salud y resultados del tratamiento por raza/origen étnico, género y rasgos geográficos. Tras un diagnóstico de SIDA, los afroamericanos y latinos con el VIH son más propensos a morir antes en comparación con personas blancas con el VIH; las mujeres con el VIH tienen menores probabilidades de tener acceso a terapia en comparación con los hombres con VIH, y el acceso a la atención y servicios de apoyo es particularmente difícil para personas con el VIH en zonas rurales, como también otras comunidades subatendidas.^{108,109} Aunque la investigación ha alcanzado muchos

106. La Ley de Protección de Pacientes y Atención de Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act o Affordable Care Act), P.L. 111-148 incluye muchas disposiciones que aumentarán el acceso a seguro médico para personas con el VIH. Ver, por ejemplo, el Título II que incluye mayor elegibilidad a Medicaid, y el Título I, que incluye diversas reformas del mercado de seguros.

107. Moore, R.M., Gebo, K.A., Lucas, G.M., Keruly, J.C. Rate of Co-morbidities Not Related to HIV infection or AIDS among HIV-Infected Patients, by CD4 Count and HAART Use Status. *Clin Infect Dis* 2008; 47(8):1102-1104.

108. Hall IH, McDavid K, Ling Q, Sloggett A. Determinants of Progression to AIDS or Death After HIV Diagnosis, United States, 1996 to 2001. *Ann Epidemiol.* 2006;16(11): 824-33.

109. Heckman TG, Somlai AM, Peters J, Walker J, Otto-Sajal CA, Galdabini CA, Kelly JA. Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in urban and rural areas. *AIDS Care* 1998;10(3):365-75.

logros, es necesario continuar investigando tratamientos y regímenes de medicamentos más seguros y eficaces, como también evaluar nuevas estrategias para atender las necesidades de tratamiento del VIH y a la vez responder a las enfermedades concurrentes u otras barreras al cuidado.

Para hacerles frente a estos problemas, es necesario que aumentemos nuestras estrategias para poner a las personas en contacto con servicios y hacer que sigan recibiendo atención.

Medidas a Tomarse.

Debemos hacer un esfuerzo nacional concertado para que las personas con el VIH acudan a recibir atención médica. Las siguientes medidas son cruciales para lograr el éxito:

- 1 Crear un sistema integrado para inmediatamente poner a las personas en contacto con atención continua, coordinada y de calidad cuando se enteren de que están infectadas con el VIH.
- 2 Tomar medidas persistentes para aumentar el número y la diversidad de proveedores disponibles de atención clínica y servicios relacionados para personas con el VIH.
- 3 Apoyar a las personas con el VIH y enfermedades concurrentes y a las que tienen dificultad para atender sus necesidades básicas, como vivienda.

Resultados Previstos.

Para el 2015

- Aumentar de 65% a 85% la proporción de pacientes con diagnósticos recientes que tienen atención clínica dentro de los tres primeros meses de su diagnóstico con el VIH (de 26,284 a 35,079 personas).
- Aumentar de 73% a 80% la proporción de clientes del Programa Ryan White contra el VIH/SIDA que reciben atención (por lo menos 2 consultas para atención médica rutinaria para el VIH en 12 meses, con por lo menos 3 meses entre ellas o de 237,924 personas con atención continua a 260,739 personas con atención continua).
- Aumentar de 82% a 86% el porcentaje de beneficiarios del programa Ryan White con vivienda permanente (de 434,600 a 455,800 personas). Esto sirve de representación cuantificable a nuestros esfuerzos por aumentar el acceso al HUD y otra ayuda con vivienda para todas las personas necesitadas con el VIH.

Medidas Recomendadas

Medida 1: Crear un sistema integrado para inmediatamente poner a las personas en contacto con atención continua, coordinada y de calidad cuando se enteren de que están infectadas con el VIH.

Desde que las terapias antirretrovirales eficaces surgieron a mediados de la década de 1990, se ha debatido sobre el momento oportuno para iniciar la terapia y la manera de minimizar efectos secundarios y complicaciones a largo plazo de la terapia de medicamentos. Las directrices de tratamiento del gobierno federal, que son el estándar de atención, han evolucionado con el tiempo y son actualizadas con frecuencia para

reflejar las más recientes conclusiones de las investigaciones.¹¹⁰ Aunque las decisiones sobre el momento del inicio del tratamiento deben seguir siendo voluntarias y requieren que la persona esté lista a iniciar un régimen a largo plazo, cada vez más pruebas indican que el inicio temprano del tratamiento produce mejores resultados.¹¹¹ Para lograr este objetivo clínico, se requiere que se identifique a las personas poco después de que se contagien y se ponga en práctica sistemas para vincularlas con la atención. Esto es particularmente importante, ya que más de 230,000 personas con el VIH no saben que tienen el VIH, y por lo tanto, no están recibiendo atención médica de manera regular para controlar la enfermedad.¹¹²

Desde el 2006, el CDC ha recomendado el despistaje rutinario del VIH entre adultos y adolescentes de 13 a 64 años de edad en entornos médicos. Sin embargo, la prueba es apenas uno de varios servicios cruciales que se necesitan para que las personas comiencen a recibir atención. Es necesario poner en contacto a las personas que reciben un diagnóstico del VIH con servicios apropiados de atención clínica, prevención y apoyo. Es esencial brindar coordinación de contacto en los momentos y lugares en que se prestan los servicios de despistaje del VIH a fin de ayudar a superar las barreras a la atención.

Una estrategia para mejorar el vínculo con la atención es ubicar en el mismo lugar los servicios de prueba y atención. Otra estrategia es usar lugares no tradicionales para brindar despistaje del VIH y servicios de remisión. Un estudio reciente auspiciado por la Dirección de Servicios para la Adicción y Salud Mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration o SAMHSA) indicó que menos de la mitad de todos los centros de tratamiento de adicción en el país que participaron en una encuesta reportaron que realizan despistaje de enfermedades infecciosas en su local.¹¹³ Los lugares que brindan tratamiento interno en un hospital, con mayor frecuencia que los centros que sólo brindan tratamiento ambulatorio o residencial fuera de un hospital, ofrecían despistaje para el VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, hepatitis C o tuberculosis. Alentar a estos tipos de instalaciones y lugares no tradicionales como centros comunitarios o de salud mental, o instituciones religiosas a que reciban capacitación y ofrezcan despistaje del VIH y remisiones podría ayudar a desarrollar la capacidad de proveedores de servicio y poner a las personas en contacto con la atención y el tratamiento que necesitan para hacerle frente al VIH y otras enfermedades concurrentes. Éste también es un elemento de la estrategia para atender mejor las necesidades de prevención y cuidado del VIH de las personas en zonas rurales o con recursos insuficientes. También ofrece la oportunidad de que los proveedores comiencen a usar una estrategia más holística hacia la salud, en vez de centrarse solamente en el VIH. Algunas de las mismas conductas que ayudan a evitar el contagio con el VIH también ayudarán a prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la hepatitis B y C.

El vínculo con la atención no basta. Se calcula que hasta 30% de las personas con un diagnóstico del VIH no están recibiendo cuidados. Es necesario lograr la participación de las personas con un diagnóstico de VIH que nunca han recibido atención o que subsiguientemente han dejado de recibirla. También existe la necesidad de apoyo continuo para mantener el nivel necesario de cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Investigaciones por el gobierno, entorno académico y sector farmacéutico han producido terapias más simples y que se toleran más fácilmente que la generación inicial de terapias antirretrovirales eficaces. Aún se necesitan tratamientos más seguros, potentes y durables. Además, necesitamos comprender mejor

110. El Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health o NIH) publica y actualiza las directrices de medicina clínica del Departamento de Salud y Servicios Humanos para la terapia antirretroviral en las personas con el HIV. Se pueden encontrar las versiones más recientes de las directrices para grupos específicos en <http://www.aidsinfo.nih.gov/Guidelines/>.

111. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham AG y otros. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. *New Engl J Med*. 2009; 360(18):1815-1826.

112. CDC. HIV prevalence estimates—United States, 2006. *MMWR*. 2008; 57: 1073-1076.

113. SAMHSA. National Survey of Substance Abuse Treatment Services. The N-SSATS Report. 25 de febrero, 2010.

las maneras de manejar las complicaciones clínicas y consecuencias de la infección con el VIH y el uso a largo plazo de medicamentos antirretrovirales, lo que incluye asuntos relacionados con enfermedades avanzadas del corazón, enfermedad renal, diferentes tipos de cáncer y envejecimiento prematuro.^{114, 115} También se requiere más trabajo para comprender las diferencias en la respuesta al tratamiento entre hombres y mujeres, y entre las razas y minorías étnicas. Las aseguradoras públicas y privadas, y los proveedores de atención de salud también deben tomar medidas para asegurar que todos los proveedores médicos dedicados al VIH cuenten con los conocimientos y capacitación necesarios para proporcionar atención de calidad para el VIH, según las más recientes directrices de tratamiento.

Medidas recomendadas.

A fin de poner en práctica estas importantes medidas, es necesario:

- 1.1 Facilitar el acceso a recursos de atención:** Los recursos para hacerle frente al VIH deben estar dirigidos a incluir apoyo para coordinadores de recursos en una variedad de entornos donde los grupos vulnerables reciben servicios sociales y de salud.
- 1.2 Promover la colaboración entre proveedores:** Todos los niveles del gobierno deben aumentar la colaboración entre los proveedores de atención médica del VIH y agencias que prestan servicios de asesoría y pruebas del VIH, tratamiento para la adicción y de salud mental, vivienda y servicios de apoyo para conectar a las personas con la atención del VIH.
- 1.3 Cerciorarse de que las personas con el VIH sigan recibiendo atención:** Los proveedores de atención clínica deben asegurarse de que todas las personas con el VIH que reúnen los requisitos tengan acceso a terapia antirretroviral. Aquéllos que inicien la terapia deben seguir tomando un régimen de medicamentos, tal como lo recomiendan las directrices de tratamiento del HHS.

Medida 2: Tomar medidas persistentes para aumentar el número y la diversidad de proveedores disponibles de atención clínica y servicios relacionados para personas con el VIH.

Para mejorar los resultados de salud, es necesario que adoptemos lineamientos que produzcan una fuerza de trabajo que sea suficientemente numerosa como para brindarles atención a todas las personas con el VIH, sea diversa, cuente con la debida capacitación y pericia técnica para proporcionar atención de calidad conforme a las más recientes directrices de tratamiento, y tenga la capacidad, por medio del intercambio de información sobre experiencias o capacitación, de proporcionar atención sin estigmas y crear relaciones de confianza con sus pacientes. El cuidado especializado del VIH también debe incorporar la prevención. Los esfuerzos por expandir la fuerza laboral de profesionales altamente capacitados y dedicados al VIH deben dirigirse a los lugares de mayor necesidad.

Durante demasiado tiempo, nuestra nación ha tenido una severa escasez de profesionales de atención primaria. *La Affordable Care Act* dispone importantes y nuevos recursos y lineamientos para comenzar a hacerles frente a estos problemas. Además, los proveedores médicos, enfermeros y otros profesionales de salud que se especializan en la atención al VIH tienen cada vez mayor edad, y se requiere reclutar a nuevos

114. Aberg JA, Kaplan JE, Libman H y otros. Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009;49(5):651-81.

115. DHHS Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. December 1, 2009; 1-161. Disponible en <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.

miembros de la fuerza laboral para hacerle frente a la escasez. Según la Asociación de Facultades de Medicina de Estados Unidos (Association of American Medical Colleges), casi uno de cada cuatro (24.7 %) de los miembros activos de la fuerza laboral médica en Estados Unidos tenía 60 años o más en el 2008.¹¹⁶ Dentro de una especialidad médica como enfermedades infecciosas, el problema de oferta médica limitada es más pronunciado. La *Affordable Care Act* y su inversión en el Cuerpo Nacional de Servicio Médico (National Health Service Corps) ayudará a aliviar la escasez de personal de atención primaria en lugares subatendidos, pero también es necesario fomentar que más proveedores de salud, incluidos los proveedores no médicos, obtengan capacitación especializada en el VIH e incluyan a personas con el VIH en sus consultorios. Encuestas por asociaciones de proveedores dedicados al VIH indican que la pronta escasez de proveedores de atención al VIH y el aumento de la cantidad de pacientes que reciben tratamiento para el VIH durante años recientes requiere una respuesta urgente a fin de mantener un sistema sólido de cuidado del VIH en Estados Unidos.¹¹⁷ Con capacitación especializada, labores alternadas y el uso de equipos interdisciplinarios de salud se ayudará a aliviar la escasez de personal dedicado al VIH. Los proveedores también deben considerar incluir programas que se basen en compañeros, como aquéllos dedicados a proporcionar información sobre el tratamiento, a fin de reducir la cantidad de trabajo y ayudar a hacer que las personas con el VIH, especialmente las de grupos de contacto difícil, sigan recibiendo tratamiento.

La mejor integración de programas es otra estrategia que puede ser útil para aumentar el número de profesionales que proporcionan servicios relacionados con el VIH. Por ejemplo, al integrar el despistaje del VIH con la atención reproductiva, es posible combatir eficazmente las infecciones concurrentes de transmisión sexual, que aumentan el peligro de contagio con el VIH. Prestar atención más integrada y coordinada ayudará a asegurar que las personas reciban servicios para prevenir y tratar infecciones oportunistas, y se atiendan sus demás necesidades crónicas de salud, lo que a fin de cuentas resultará en mejores resultados de salud y mejor calidad de vida.

Las estrategias disponibles para aumentar el número de proveedores del VIH incluyen subvenciones para la capacitación de profesionales de salud, los programas de becas y pago de préstamos del National Health Service Corps, incentivos económicos para compensar a los proveedores por la administración de la atención del VIH y coordinación de programas para que los proveedores que no son especialistas del VIH estén debidamente equipados para proporcionar servicios de prevención a grupos de alto riesgo y poner a los pacientes con resultados positivos del VIH en contacto con proveedores de atención clínica. Por ejemplo, los proveedores de tratamiento para la adicción posiblemente no sean especialistas en el VIH, pero sus pacientes pueden estar teniendo conductas que los ponen en peligro de contagiarse con el VIH. Por lo tanto, los proveedores de tratamiento para la adicción y de salud mental son proveedores potenciales de servicios de prevención del VIH. La atención bucal desempeña una importante función porque la enfermedad del VIH puede causar ciertos síntomas que se identifican solamente por medio de exámenes dentales. Los proveedores de atención dental que están informados sobre el VIH pueden ser fuentes de remisión a otros servicios que las personas con el VIH puedan requerir. De manera similar, los ginecólogos y servicios de planificación familiar pueden ser una fuente de servicios de prevención del VIH para mujeres que pueden estar teniendo o no conductas de alto riesgo, pero que probablemente no procurarían activamente recibir los servicios de una clínica para el VIH o enfermedad de transmisión sexual. Más de 70% de las mujeres de 15 a 44 años recibieron por lo menos un servicio de planificación familiar o atención médica de un proveedor

116. Association of American Medical Colleges. 2009 State Physician Workforce Data Book. Noviembre del 2009.

117. AAHIVM and HIVMA Medical Workforce Working Group. Averting a Crisis in HIV Care: A Joint Statement of the American Academy of HIV Medicine (AAHIVM) and the HIV Medicine Association (HIVMA) on the HIV Medical Workforce. June 2009.

de salud en los últimos 12 meses.¹¹⁸ Es crucialmente necesario aumentar el número de proveedores del VIH, como también aumentar los conocimientos de todos los profesionales de salud sobre los riesgos y la prevención del VIH. Esto atañe a una gran variedad de profesionales de salud en todos los entornos de atención de salud, entre ellos médicos, enfermeros diplomados, enfermeros prácticos, asistentes médicos, trabajadores sociales, farmacéuticos y dentistas.

Los servicios de atención de salud que respetan y responden a las creencias, prácticas y necesidades culturales y lingüísticas de salud de pacientes diversos pueden ayudar a propiciar resultados positivos de salud.¹¹⁹ Muchas personas con el VIH provienen de comunidades que históricamente han recibido un nivel pobre de servicios del sistema central de cuidado de salud. Por ejemplo, entre algunos afroamericanos, existe desconfianza en las instituciones médicas, y esto puede llevar a algunos a cuestionar recomendaciones clínicas que son ampliamente aceptadas por otros.¹²⁰ Es posible que proveedores heterosexuales no se sientan cómodos de indagar sobre prácticas sexuales pasadas al tomar la historia de un paciente, y esto puede limitar la debida atención.¹²¹ Los transexuales tienen particular dificultad para encontrar proveedores que los respeten y con quienes puedan tener conversaciones francas sobre el uso de hormonas y otras prácticas, y esto resulta en menor satisfacción con sus proveedores de salud, menos confianza y resultados de salud más pobres.¹²² Las conclusiones de un estudio financiado por la Agencia para la Investigación y Calidad en el Cuidado de Salud (Agency for Healthcare Research and Quality o AHRQ) indicaron que los limitados conocimientos médicos de las personas con el VIH tienen un impacto negativo en sus resultados de salud y en el cumplimiento de su terapia con medicamentos antirretrovirales.¹²³ Además de tener conocimientos sobre el VIH, los proveedores de salud deben tener conocimientos sobre la cultura y poder comunicarse clara y eficazmente para ayudar a sus pacientes a comprender los beneficios de los siguientes planes de tratamiento.

Medidas recomendadas.

Para poner en práctica esta importante medida, es necesario:

- 2.1 Aumentar el número de proveedores disponibles de atención del VIH:** Las agencias federales deben ofrecer incentivos para fomentar que más profesionales de salud ofrezcan servicios para el VIH, entre ellos proveedores de atención primaria y de salud reproductiva, y expertos en el tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, proveedores de salud mental y profesionales de tratamiento para la adicción, ofrezcan servicios para el VIH.
- 2.2 Mejorar la actual fuerza de trabajo de proveedores a fin de mejorar la calidad de atención del VIH y los resultados médicos para personas con el VIH:** Las agencias federales deben captar el interés de asociaciones de proveedores clínicos y profesionales médicos con respecto a la importancia del despistaje rutinario y voluntario del VIH y la atención de calidad del VIH en entornos clínicos conforme a las directrices de HHS y CDC.

118. CDC. National Survey of Family Growth. Disponible en http://www.cdc.gov/nchs/nsfg/abc_list.htm

119. AHRQ. 2009 National Healthcare Quality Report. March 2010.

120. Cargill VA, Stone VE. HIV/AIDS: a minority health issue. *Med Clin North Am* 2005;89(4):895-912.

121. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW y otros. The human sexuality education of physicians in North American Schools. *Int J Impot Res* 2003;15(Suppl 5):S41-5.

122. Williamson C.. Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010;21(3):221-229.

123. Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med* 1999;14(5):267-73

Medida 3: Apoyar a las personas con el VIH que tienen enfermedades concurrentes y dificultad para atender sus necesidades básicas, como vivienda.

Para apoyar que se proporcione atención de calidad a las personas con el VIH, es importante reducir las barreras que impiden su acceso a servicios. El concepto de una institución médica residencial es un modelo para proporcionar cuidado coordinado y centrado en la persona para quienes tienen enfermedades crónicas y prolongadas, y requieren control médico, administración de atención y tratamiento frecuente. El Programa Ryan White contra el VIH/SIDA ha apoyado el desarrollo de instituciones médicas residenciales para personas con el VIH y puede compartir sus experiencias, las cuales pueden ser valiosas para otros proveedores, entre ellos centros comunitarios de salud y médicos privados, con respecto a su atención al VIH.¹²⁴

Las enfermedades crónicas como las enfermedades del corazón, cáncer y diabetes son las principales causas de muerte y discapacidad en Estados Unidos. Muchas personas con el VIH tienen éstas y otras enfermedades crónicas, como hepatitis, diabetes y enfermedades mentales. También es común el contagio concurrente con otras infecciones de transmisión sexual, como herpes, sífilis y gonorrea. Se calcula que hasta 50% de las personas con el VIH tienen una enfermedad mental como depresión, y 13% tienen tanto una enfermedad mental como problemas de adicción.¹²⁵ La infección concurrente con el VIH y hepatitis C se da en 50%-90% de las personas con el VIH que se inyectan drogas.¹²⁶ Con la edad, las probabilidades de que las personas tengan enfermedades crónicas múltiples aumentan, incluso entre personas que no tienen el VIH. La enfermedad del VIH, en sí, y también el uso a largo plazo de terapias para el VIH también pueden contribuir a enfermedades crónicas comunes, como enfermedades del corazón y los riñones.¹²⁷ Se requiere investigación adicional para comprender, prevenir y tratar mejor estas infecciones concurrentes y complicaciones del VIH.

La atención clínica óptima debe incluir una variedad de servicios clínicos y preventivos integrados para reducir la morbilidad y mortandad relacionadas con el VIH. Debe ser estándar la atención centrada en el paciente, que el Institute of Medicine define como atención de salud que establece una alianza entre profesionales de salud, pacientes y sus familiares (cuando corresponda) a fin de asegurar que las decisiones respeten los deseos, necesidades y preferencias. Además de asegurar la coordinación de servicios de atención clínica, los servicios no médicos y asistencia para atender las necesidades básicas son importantes factores que contribuyen a lograr buenos resultados clínicos. Se debe complementar el acceso a tratamiento médico con servicios continuos de administración de casos para facilitar la continuidad de la atención. Servicios de apoyo como transporte, asistencia legal, servicios de nutrición, servicios de salud mental, tratamiento de adicciones y cuidado de niños son esenciales para ciertos grupos que tienen dificultad con sus necesidades cotidianas.

El acceso a la vivienda es un importante precursor para hacer que muchas personas sigan un régimen estable de tratamiento. Las personas con el VIH que carecen de vivienda estable son más propensas a posponer el cuidado del VIH, tienen menos acceso a atención regular, tienen menores probabilidades de recibir terapia antirretroviral óptima y son menos propensas a seguir el tratamiento. Un estudio a gran escala del 2007 que compara la salud de personas con el VIH y sin vivienda con las personas con casa estable descubrió que su condición residencial cobraba más importancia que las características individuales como pronosticador de

124. Saag MS. Ryan White: An Unintentional Home Builder. *AIDS Reader*, 2009; 19:166-168.

125. Bing EG, Burnman MA, Longshore D y otros. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psych*. 2001; 58(8):721-728.

126. Hoja informativa del CDC. Coinfection with HIV and Hepatitis C Virus. Noviembre del 2005. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/coinfection.htm>

127. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD y otros. Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART) Study Group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med*, 2001;355(22):2283-2296.

acceso a la atención de salud y resultados médicos.¹²⁸ Un estudio a largo plazo de personas con el VIH en la ciudad de Nueva York descubrió que durante un periodo de 12 años, recibir asistencia de vivienda fue uno de los pronosticadores más contundentes de acceso a la atención primaria del VIH, el cuidado continuo, la atención que cumple con estándares de medicina clínica y el inicio del cuidado del VIH.¹²⁹ La asistencia de vivienda tenía un impacto directo en mejor atención médica, independientemente de características demográficas, uso de drogas, condición médica y de salud mental, o recibir otros servicios. *Se abren puertas: Plan federal estratégico para evitar y acabar con la carencia de vivienda (Opening Doors: Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness)* se centra en los esfuerzos por reducir la falta de vivienda y aumentar la seguridad residencial. Se emprenderán esfuerzos de planificación en colaboración con socios comunitarios para tratar de atender las necesidades de vivienda de los estadounidenses vulnerables que no tienen techo o están en peligro de quedarse sin casa.

Las personas con necesidades y desafíos que compiten con satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidado de niños a menudo tienen problemas para seguir recibiendo atención. El acceso a servicios legales puede ser importante para ayudar a las personas a resolver problemas de discriminación, acceso a beneficios públicos, entre ellos la atención de salud, y resolver problemas de empleo y de otro tipo que pueden crear verdaderos obstáculos para seguir recibiendo cuidados. El apoyo de trabajadores sociales o administradores de casos puede ayudar a identificar recursos, y las redes de personas con el VIH también pueden ser valiosas para el intercambio de información y otros tipos de apoyo. Los programas que proporcionan atención centrada en la familia pueden ser particularmente importantes para las mujeres con el VIH. Asimismo, tanto las mujeres como hombres con el VIH pueden estar en peligro de violencia por una pareja sexual, lo que puede impedir el cumplimiento y la estabilidad en la atención. A medida que los proveedores de servicios dedicados al VIH mejoren la atención a éstos y otros grupos específicos, incluidos los jóvenes, personas o en transición en entornos penales, y personas en zonas remotas o rurales, será importante diseminar información sobre modelos eficaces para permitir que otros proveedores atiendan mejor a estos grupos y superen obstáculos comunes al cuidado.

Medidas recomendadas.

Para poner en práctica esta importante medida, es necesario:

- 3 1** Mejorar las herramientas de evaluación de clientes y de resultados médicos: Las agencias federales y estatales deben apoyar la administración de casos y servicios clínicos que contribuyen a mejorar los resultados médicos de personas con el VIH y dedicarse a aumentar el acceso a los servicios no médicos de apoyo (por ejemplo, vivienda, alimentación, transporte) como elementos cruciales de un sistema eficaz de cuidado del VIH.
- 3 2** Abordar lineamientos para promover el acceso a vivienda y servicios de apoyo para las personas con el VIH: Las agencias federales deben considerar esfuerzos adicionales para apoyar la asistencia con vivienda y otros servicios que permitan que las personas con el VIH reciban y cumplan con el tratamiento del VIH.

128. Kidder DP, Wolitski RJ, Campsmith, ML, Nakamura, GV. Health status, health care use, medication use, and medication adherence in homeless and housed people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health* 2007;97(12):2238-2245.

129. Aidala, AA, Lee, G, Abramson, DM, Messeri, P, Siegler, A. Housing need, housing assistance, and connection to medical care. *AIDS & Behav.* 2007;11(Suppl 2): S101-S115.



Reducir las Disparidades y Desigualdades en la Salud Relacionadas con el VIH

Resumen del Plan para Reducir las Disparidades y Desigualdades Relacionadas con el HIV.

Las disparidades en la prevención y atención del HIV persisten entre las minorías raciales/étnicas, como también entre las minorías sexuales. Al trabajar para mejorar el acceso a servicios de prevención y atención para todos los estadounidenses, las siguientes medidas ayudarán a reducir las desigualdades entre los diferentes grupos:

- Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en comunidades de alto riesgo de infección con el VIH.
- Adoptar estrategias a nivel comunitario para reducir las infecciones con el VIH en comunidades de alto riesgo.
- Reducir el estigma y discriminación contra personas con el VIH.

Resultados previstos:

Para el 2015:

- Aumentar en 20% la proporción de hombres homosexuales y bisexuales con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.
- Aumentar en 20% la proporción de personas de raza negra con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.
- Aumentar en 20% la proporción de latinos con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.

La Oportunidad.

El contagio del VIH se centra desde hace tiempo en los grupos que han sido marginados o subatendidos.¹³⁰ Para las personas con el VIH, este problema trasciende indicadores discretos como incidencia y tasas de morbilidad y mortalidad, pero también está relacionado con una confluencia de factores que resultan en un peor estado de salud en general. En algunas comunidades, un desafío importante es superar un sentido de fatalismo con el que las personas creen que están destinadas a contagiarse con el VIH. En otras comunidades, aunque la amenaza del VIH es real, es apenas uno de muchos problemas que las personas enfrentan a diario y puede tener menos prioridad que necesidades más inmediatas como albergue, comida o seguridad. En otras comunidades, las personas quizá deseen darle prioridad a la prevención y cuidado del VIH, pero no tienen acceso fácil a servicios. Una respuesta nacional a las necesidades de la epidemia del VIH debe tener en cuenta las dimensiones, diversidad y riqueza de nuestro país, como también las necesidades de las comunidades más afectadas.

El VIH existe dentro de un sistema de atención de salud donde los diferentes grupos tienen diversos niveles de acceso a servicios y logran diversos resultados de salud. La Affordable Care Act representa el esfuerzo federal de mayor envergadura hasta la fecha por eliminar las desigualdades en la salud. La ley afirma que existen disparidades de salud en un grupo cuando:

“Existe significativa disparidad en la tasa general de incidencia y prevalencia de la enfermedad, morbilidad, mortandad o de supervivencia del grupo en comparación con el estado de salud de la población en general”.

130. El-Sadr W, Mayer KH, Hodder SL. AIDS in America—Forgotten but not Gone. *New Eng J Med*. 2010.

Además, es posible que se determine, “que dicho término incluye a los grupos con los cuales hay disparidad significativa en la calidad, los resultados, el costo o uso de servicios de atención de salud o el acceso o satisfacción con tales servicios en comparación con la población en general”.

Al aumentar considerablemente el acceso por todos a la atención de salud, tomar medidas específicas para apoyar el cumplimiento del tratamiento por las personas con el VIH, realizar investigación sobre las causas de las diferencias en los resultados de salud y reorientar nuestros esfuerzos de prevención a estrategias combinadas que están dirigidas a las comunidades con más alto riesgo, crearemos las condiciones con las que se pueden alcanzar verdaderos logros en reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH. Lo que falta son estrategias a nivel comunitario para alterar las condiciones bajo las cuales se transmite el VIH y hacer frente a los factores que influyen en la disparidad de resultados de salud entre las personas con el VIH, lo que incluye reducir el estigma y la discriminación.

Medidas a Tomarse.

Es necesario un esfuerzo nacional concertado para aumentar la capacidad de comunidades enteras de prevenir el VIH y apoyar a miembros de la comunidad con el VIH. Las siguientes medidas son cruciales para el éxito:

- 1 Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en comunidades de alto riesgo de infección con el VIH.
- 2 Adoptar estrategias a nivel comunitario para reducir las infecciones con el VIH en comunidades de alto riesgo.
- 3 Reducir el estigma y discriminación contra personas con el VIH.

Resultados Previstos.

Para el 2015

- Aumentar en 20% la proporción de hombres homosexuales y bisexuales con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.
- Aumentar en 20% la proporción de personas de raza negra con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.
- Aumentar en 20% la proporción de latinos con un diagnóstico de VIH y una carga viral indetectable.

Medidas Recomendadas.

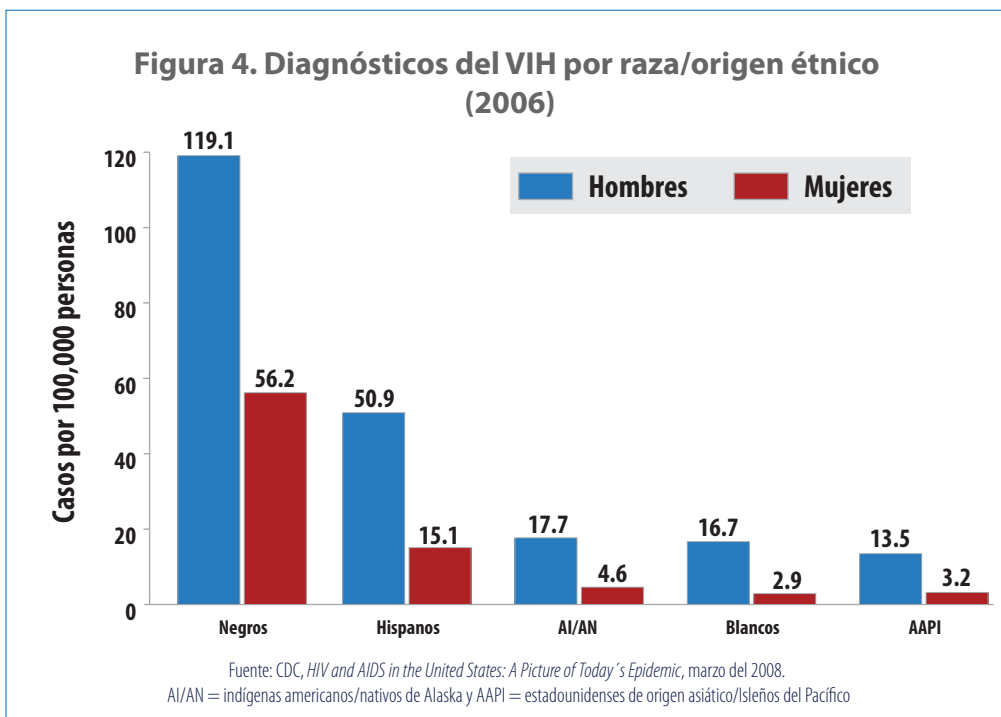
Medida 1: Reducir la mortalidad relacionada con el VIH en comunidades de alto riesgo de infección con el VIH.

Existen disparidades raciales significativas en el contagio con el VIH en Estados Unidos (Figura 4). Según el CDC, la tasa general de diagnóstico del VIH para personas de raza negra fue aproximadamente ocho veces más alta que la de blancos en el 2006. La tasa de diagnóstico del VIH entre todos los hombres negros (119.1 por cada 100,000 personas) sigue siendo la más alta entre todos los grupos raciales/étnicos y es más de siete veces más alta que la de los hombres blancos, dos veces más alta que la de los hombres latinos y dos veces más alta que la de las mujeres negras.¹³¹ Además, la tasa de diagnóstico de los hombres latinos

131. CDC. HIV and AIDS in the United States: A Picture of Today's Epidemic. 2008. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/united_states.htm

fue aproximadamente tres veces más alta que la de los hombres blancos. La tasa de diagnóstico del VIH en el 2006 para mujeres negras y latinas fue más de 19 veces y 15 veces (respectivamente) más alta que la de las mujeres blancas. Existen también disparidades en el contagio del VIH entre hombres homosexuales y bisexuales y grupos heterosexuales. Recientemente, el CDC anunció que los hombres homosexuales y bisexuales en Estados Unidos son 44 a 86 veces más propensos a estar infectados con el VIH que los hombres heterosexuales, y 40 a 77 veces más propensos a estar infectados que las mujeres.¹³²

Desafortunadamente, estas disparidades en el contagio con el VIH también llevan a disparidades en muertes prematuras. A pesar de que la mortalidad relacionada con el VIH ha estado bajando desde que se dispone de medicamentos eficaces, los estadounidenses negros y latinos tienen mayores probabilidades que los estadounidenses blancos de morir temprano de SIDA.¹³³ También existen disparidades raciales en las muertes relacionadas con el VIH entre hombres homosexuales, en las que los hombres homosexuales negros y latinos tienen mayores probabilidades de morir del SIDA en comparación con los hombres blancos, y entre las mujeres negras y latinas, que tienen un mayor peligro de muerte en comparación con las mujeres blancas.^{134,135} Los hombres homosexuales y bisexuales constituyen la mayoría de las personas con el VIH que ha muerto en Estados Unidos.¹³⁶



132. CDC. Hoja informativa del CDC: HIV and AIDS among Gay and Bisexual Men. Junio del 2010. Disponible en <http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/docs/FastFacts-MSM-FINAL508COMP.pdf>

133. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN y otros . Racial and Sex Disparities in Life Expectancy Losses among HIV-Infected Persons in the United States. *Clin Infect Dis* 2009;49(10):1570-8.

134. Hall HI, Byers RH, Ling Q, Espinoza L. Racial/Ethnic and Age Disparities in HIV Prevalence and Disease Progression Among Men Who Have Sex With Men in the United States. *Am J Public Health*. 2007;97(6):1060-66.

135. Losina E, Schackman BR, Sadownik SN y otros . Racial and Sex Disparities in Life Expectancy Losses among HIV-Infected Persons in the United States. *Clin Infect Dis* 2009;49(10):1570-8.

136. CDC. HIV in the United States: An overview. Junio del 2010. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/factsheets/us_overview.htm

Las decisiones sobre cuándo iniciar las terapias para el VIH son personales. Sin embargo, cada vez existe más evidencia científica que el inicio temprano de la terapia antirretroviral mejora los resultados de salud entre las personas con el VIH.^{137,138} Para lograr dichos resultados, es necesario que las personas que reciben terapia cumplan con su régimen de medicamentos. La terapia antirretroviral reduce la cantidad de virus en el flujo sanguíneo y mejora la salud de las personas con el VIH, además de reducir la transmisibilidad del VIH. Un indicador clave de salud y transmisibilidad es la carga viral, que es una manera de determinar la cantidad de virus en el cuerpo de una persona. Una carga viral alta (5,000 a 10,000 copias por mililitro de sangre) significa que la enfermedad del VIH en una persona está avanzando y que es más contagiosa. Una carga viral baja (40 a 500 copias por mililitro de sangre) indica que el avance de la enfermedad del VIH en la persona no es tan rápido.¹³⁹ Aparte del avance de la enfermedad, las personas con una alta carga viral son más propensas a contagiar a parejas no infectadas con el VIH que las personas con una carga viral baja.¹⁴⁰ Si logramos aumentar el número de personas con el VIH en comunidades altamente afectadas que tienen una baja carga viral, posiblemente se reduzcan las disparidades en la tasa de infección con el VIH y la mortalidad entre estos grupos.

Medidas Recomendadas.

- 1 1** Asegurar que los grupos de alto riesgo tengan acceso a pruebas regulares de carga viral y CD4: Todas las personas con el VIH deben tener acceso a pruebas que controlen su estado de salud, pero se debe hacer más para asegurar que estas pruebas estén a disposición de los afroamericanos, latinos y hombres homosexuales y bisexuales.

Medida 2: Adoptar estrategias a nivel comunitario para reducir las infecciones con el VIH en comunidades de alto riesgo.

A fin de reducir las disparidades entre los grupos, necesitamos estrategias eficaces para reducir el peligro del VIH contagio no sólo a nivel individual sino también a nivel comunitario. En algunas comunidades muy afectadas, la prevención del VIH una persona a la vez no tendrá un impacto significativo en la epidemia en general. Como se mencionó anteriormente, las personas en algunas comunidades tienen mayor riesgo de contagio con el VIH incluso si a nivel personal participan en conductas riesgosas comparables o menores que las personas en otras comunidades.^{141,142} Para abordar esta mayor vulnerabilidad a la infección con el VIH, es necesario reducir la alta proporción de personas con el VIH en dichas comunidades. La carga viral de una persona con el VIH está vinculada a la transmisibilidad. Es más, conforme a la evidencia científica, la carga viral promedio entre todas las personas con el VIH en una comunidad dada que están recibiendo atención

137. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N y otros. Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *New Engl J Med* 2000;342(13):921-29.

138. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J y otros. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010;375(9731):2092-8.

139. Sterling TR, Vlahov D, Astemborski J y otros. Initial Plasma HIV-1 RNA levels and progression to AIDS in women and men. *New Engl J Med* 2001; 344(10):720-725.

140. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J y otros. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet* 2010;375(9731):2092-8.

141. Millett GA, Flores SA, Peterson J, Bakeman R. Explaining disparities in HIV infection among Black and White men who have sex with men: A meta-analysis of HIV risk behaviors. *AIDS* 2007;21(15): 2083-2091.

142. Hallfors DD, Iritani BJ, Miller WC, Bauer DJ. Sexual and Drug Behavior Patterns and HIV/STD Racial Disparities: The Need for New Directions. *Am J Public Health*. 2007;97(1):125-132.

está muy vinculada al número de nuevas infecciones que ocurren en la comunidad.^{143,144} Por lo tanto, los vecindarios con una alta carga viral comunitaria son también lugares en los que las personas no infectadas están en mayor riesgo de contagiarse con el VIH que los vecindarios u otras localidades con una carga viral comparativamente menor. Soluciones innovadoras como reducir la carga viral comunitaria pueden ayudar a reducir el número de nuevas infecciones con el VIH en comunidades específicas, lo que a su vez puede reducir las disparidades en la infección con el VIH.¹⁴⁵ Recientemente, el NIH inició un estudio piloto en Washington, DC y está trabajando con el CDC para iniciar un estudio paralelo en el Bronx, Nueva York para someter a prueba esta estrategia.¹⁴⁶

El VIH a menudo es apenas una de muchas enfermedades que afectan a las comunidades con mayor riesgo de contagio del VIH. En muchos casos, no es posible hacerle frente eficazmente al contagio con el VIH o la atención sin también combatir las enfermedades de transmisión sexual, la adicción, la pobreza, la carencia de vivienda y otros problemas.^{147,148} Por ejemplo, un estudio reciente descubrió que el hambre está relacionada con una mala supresión viral entre las personas sin vivienda y adultos con el VIH y vivienda marginal que están recibiendo terapia antirretroviral.¹⁴⁹ Debido a todos estos problemas concurrentes, es importante usar una estrategia holística para la prevención y el cuidado del VIH que vaya más allá de la conducta riesgosa de la persona y aborde no sólo la salud mental, sino factores contextuales como redes sexuales y de usuarios de drogas, desempleo y carencia de vivienda, entre otros, que aumentan el peligro de infección, acceso o respuesta a la atención que no son óptimos. Aunque se han hecho ciertos esfuerzos exitosos al respecto, como intervenciones que examinan la relación entre la falta de vivienda y la conducta riesgosa con respecto al VIH, hay muy pocos modelos comprobados y relacionados con una reducción en la incidencia del VIH o un mayor acceso al cuidado que han tenido un impacto a nivel de comunidad.

Medidas Recomendadas.

A fin de lograr el impacto a nivel de comunidad para disminuir el contagio con el VIH, es necesario:

- 2.1 Establecer programas piloto que usen modelos comunitarios:** Con el fin de reducir las disparidades entre diversos grupos afectados por la epidemia, es necesario someter a prueba a las estrategias generadas a nivel comunitario para identificar intervenciones eficaces que reduzcan el riesgo de infección en comunidades de alta prevalencia.
- 2.2 Evaluar y utilizar la carga viral de la comunidad:** Asegurar que todas las localidades de alta prevalencia puedan recopilar los datos necesarios para calcular la carga viral comunitaria, evaluar la carga en comunidades específicas y reducir la carga viral en aquellas comunidades en las que la incidencia del VIH es alta.

143. Das M, Chu PL, Santos G-M, Scheer S, Vittinghoff E y otros. 2010 Decreases in Community Viral Load Are Accompanied by Reductions in New HIV Infections in San Francisco. PLoS ONE 5(6): e11068. doi:10.1371/journal.pone.0011068.

144. Wood E, Kerr T, Marshall BDL y otros. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:b1649.

145. Montaner J y otros. Association of expanded HAART coverage with a decrease in new HIV diagnoses, particularly among injection drug users in British Columbia, Canada. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, abstract 88LB, 2010.

146. Comunicado de prensa del NIH: NIH and D.C. Department of Health Team up to Combat District's HIV/AIDS Epidemic, 12 de enero, 2010. Disponible en <http://www.nih.gov/news/health/jan2010/niaid-12.htm>

147. Holtgrave DR, Crosby RA. Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sex Transm Infect*. 2003;79(1):62-64.

148. Stall R, Mills TC, Williamson J y otros. Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS Among Urban Men Who Have Sex With Men. *Am J Public Health*. 2003;93(6):939-942.

149. Weiser SD, Frongillo EA, Ragland K, Hogg RS, Riley ED, Bangsberg DR. Food insecurity is associated with incomplete HIV RNA suppression among homeless and marginally housed HIV-infected individuals in San Francisco. *J Gen Internal Med* 2009; 24(1):14-20.

- 2.3 Promover un enfoque más holístico a la salud:** Promover un enfoque más holístico a la salud que aborde no sólo la prevención del VIH entre afroamericanos, latinos, hombres homosexuales y bisexuales, mujeres y quienes consumen sustancias nocivas, sino también la prevención de enfermedades concurrentes y relacionadas con el VIH, como las enfermedades de transmisión sexual y hepatitis B y C.

Medida 3: Reducir el estigma y discriminación contra personas con el VIH.

Al inicio de la epidemia del VIH, el temor, la ignorancia y el rechazo motivaron que las personas con la enfermedad fueran víctimas de maltratos y ataques, y algunos estadounidenses incluso propusieron una cuarentena forzosa de todas las personas con el VIH.¹⁵⁰ Aunque nunca se llegó a medidas tan extremas, el estigma y la discriminación que enfrentaron las personas con el VIH a menudo fueron sumamente altos. Incluso ahora, algunas personas con el VIH todavía enfrentan discriminación en muchas esferas, entre ellas empleo, vivienda, servicios de salud y acceso a servicios públicos. Esto socava los esfuerzos por alentar a todas las personas a hacerse la prueba del VIH y dificulta que las personas les divulguen si están contagiadas a sus proveedores médicos, parejas sexuales e incluso al clero y otras personas a las que quizá acudan en busca de entendimiento y apoyo.

Una y otra vez, un elemento esencial de lo que ha hecho que las actitudes sociales cambien ha sido que el público ve e interacciona con personas que son muy francas con respecto a tener el VIH. Durante décadas, las organizaciones comunitarias han establecido grupos de oradores en los cuales las personas con el VIH van a escuelas, empresas e iglesias para hablar sobre la vida con el VIH. En la década de 1990, los dos principales partidos políticos tuvieron memorables oradores principales con el VIH en sus convenciones para designar al candidato presidencial.¹⁵¹ Sabemos que muchas personas sienten humillación y vergüenza cuando se enteran de que tienen el VIH. Y hay un grado de estigma social que procura echarles la culpa a las personas que se contagian con el VIH. Alentar a más personas a divulgar que tienen el VIH disminuye el estigma relacionado con el VIH. Sin embargo, a la vez que promovemos la divulgación, también debemos asegurarnos de proteger a las personas que son francas sobre tener el VIH. Esto exige un compromiso continuo con velar por los derechos civiles.

Este año es el vigésimo aniversario de la *Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act)*, la histórica ley de derechos civiles que ha resultado ser vital en la protección de las personas con discapacidades, entre ellas el VIH. Eliminar la discriminación por el VIH es un derecho tanto humano como civil. Velar enérgicamente por la aplicación de la *Americans with Disabilities Act*, la *Ley de Equidad en la Vivienda (Fair Housing Act)*, la *Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act)* y otras leyes de derechos civiles es vital para crear un entorno donde las personas se sientan seguras de hacerse la prueba y buscar tratamiento. Recientemente, el gobierno del Presidente Obama completó el proceso iniciado en el gobierno del Presidente Bush de eliminar la prohibición que restringía a las personas con el VIH que no son ciudadanas de ingresar a Estados Unidos. Éstos y otros lineamientos han sido positivos para disminuir el estigma relacionado con tener el VIH.

Los esfuerzos por acabar con el estigma y la discriminación que sufren las personas con el VIH es un componente crucial de reducir la epidemia. El éxito de la política de salud pública depende de la cooperación de los grupos afectados. No se puede esperar que las personas con un alto riesgo de contagio con el VIH se hagan la prueba o procuren obtener servicios de tratamiento, y no lo harán si temen que podría resultar en

150. National Library of Medicine. Profiles in Science: Visual Culture and Health - HIV/AIDS. 2003.

151. En 1992, Bob Hattoy se dirigió a la Convención Demócrata Nacional y Mary Fischer se dirigió a la Convención Republicana Nacional y ambos manifestaron abiertamente que tienen el HIV.

consecuencias adversas de discriminación. Se ha demostrado que el estigma con el VIH es una barrera para la prueba del VIH, y decae la salud física y mental de las personas con el VIH que sufren más el estigma, y éstas son más propensas a saltarse dosis de sus medicamentos.¹⁵²

Una importante medida que podemos tomar es asegurar que las leyes y lineamientos respalden nuestro actual entendimiento de las mejores prácticas de salud pública para prevenir y tratar el VIH. Por lo menos veintiún estados tienen leyes específicas al VIH que penalizan la conducta de personas con el VIH.¹⁵³ Algunas penalizan conductas de personas con el VIH como escupir y morder, y se promulgaron inicialmente en tiempos en que existían menos conocimientos sobre la transmisibilidad del VIH. Ya que ahora está claro que escupir y morder no representan riesgos significativos para el contagio con el VIH, muchos consideran que es injusto que sólo se penalice a las personas con el VIH por participar en estos tipos de conducta, y que se les debe tratar de manera uniforme, sin tener en cuenta que tienen el VIH. Algunas leyes penalizan la actividad sexual consensual entre adultos en base a que una persona con el VIH no divulgue que lo tiene a su pareja. Sin embargo, datos del CDC y otros estudios nos dicen que el contagio intencional con el VIH es atípico y poco común.¹⁵⁴ Una investigación reciente también descubrió que las leyes específicas al VIH no influyen en la conducta de las personas con el VIH en los estados en los que dichas leyes existen.¹⁵⁵ Aunque comprendemos la intención detrás de dichas leyes, posiblemente no tengan el efecto deseado y hagan que las personas estén menos dispuestas a divulgar su estatus pues harían que las personas sientan incluso mayor peligro de discriminación. En algunos casos, quizá sea apropiado que los legisladores reconsideren si las leyes existentes continúan promoviendo los intereses del público y de la salud pública. En muchos casos, la existencia y aplicación continua de estos tipos de leyes contradicen la evidencia científica sobre las vías de contagio del VIH y pueden socavar los objetivos de salud pública de promover el despistaje y tratamiento del VIH.^{156,157}

Medidas recomendadas.

Para reducir el estigma y la discriminación que sienten las personas con el VIH, es necesario:

- 3.1 Lograr que las comunidades declaren su respaldo a las personas con el VIH:** Las comunidades religiosas, empresariales, escolares, de proveedores de salud, organizaciones comunitarias, puntos sociales de reunión y todos los demás tipos de medios de prensa deben asumir la responsabilidad de declarar su respaldo imparcial a las personas con el VIH y comunidades de alto riesgo.
- 3.2 Promover el liderazgo público de personas con el VIH:** Los gobiernos y otras instituciones (incluidos los grupos comunitarios de planificación para la prevención del VIH y concilios de planificación y consorcios Ryan White) deben trabajar con personas en coaliciones del SIDA, organizaciones de servicio dedicadas al VIH y otras instituciones para promover activamente el liderazgo público de personas con el VIH.

152. Valdiserri, RO. HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *Am J Public Health* 2002;92(3):341-342.

153. Kaiser Family Foundation. Criminal statutes on HIV transmission. 2008. Disponible en <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=569&cat=11>

154. CDC. HIV Prevention in the United States at a Critical Crossroads. 2009. Disponible en http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/pdf/hiv_prev_us.pdf

155. Horvath KJ, Weinmeyer R, Rosser S. An examination of attitudes among US men who have sex with men and the impact of state law. *AIDS Care*. 2010 (Bajo impresión).

156. Burris S, Cameron E. *The case against criminalization of HIV transmission*. *JAMA*. 2008;300(5): 578-581

157. UNAIDS. Criminal law, public health and HIV transmission: A policy options paper. Junio del 2002. Disponible en http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc733-criminallaw_en.pdf

- 3.3 Promover estrategias de salud pública para la prevención y atención del VIH:** Las legislaturas estatales deben considerar examinar estatutos penales específicos al VIH para asegurar que estén conformes con los actuales conocimientos sobre el contagio con el VIH y respaldar estrategias de salud pública para el despistaje, la prevención y el tratamiento del VIH.
- 3.4 Mejorar los esfuerzos para velar por el cumplimiento de leyes de los derechos civiles:** El Departamento de Justicia y otras agencias federales deben aumentar la cooperación para facilitar que se vele por el cumplimiento de leyes federales contra la discriminación.



Lograr Una Respuesta Nacional Más Coordinada a la Epidemia del VIH

Resumen del Plan para Lograr Una Respuesta Nacional Más Coordinada a la Epidemia del VIH En Estados Unidos.

A fin de que la Estrategia nacional contra el VIH/SIDA tenga éxito, se debe poner énfasis en la coordinación de actividades entre las agencias y en todos los niveles de gobierno.

- Aumentar la coordinación entre programas contra el VIH en todo el gobierno federal y entre las agencias federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.
- Desarrollar mejores mecanismos para controlar, evaluar y presentar informes sobre el progreso para lograr los objetivos nacionales.

La Oportunidad

Estados Unidos hace muchas cosas correctamente al responder al VIH. La presión persistente, logros de investigación, éxitos observables en la prevención del VIH, la ayuda social y la atención de salud a las personas con el VIH han hecho que tengamos un legado de liderazgo mundial. También hemos aprendido importantes lecciones sobre cómo lograr la participación de las comunidades afectadas y movilizar grandes sectores de la sociedad para que atiendan una enfermedad altamente estigmatizada, relacionada con la sexualidad, el uso de drogas y otros asuntos que acentúan nuestras divisiones culturales. La inversión de Estados Unidos en la respuesta a la epidemia nacional del VIH ha aumentado a más de \$19,000 millones al año.¹⁵⁸ Esta cifra de por sí no dice nada sobre si es suficiente para atender las necesidades actuales o si estos recursos se usan de la manera más eficaz posible, y consideramos que se justifica la evaluación de los actuales fondos, además de una mayor inversión en ciertos asuntos clave. No obstante, está claro que el país ha dedicado una cantidad significativa de recursos económicos a montar una respuesta seria y sostenida para ponerle fin a la epidemia del VIH.

Lo que ha estado haciendo falta y es necesario en este momento es más atención a coordinar los esfuerzos de las agencias federales en todos los niveles del gobierno, con socios externos, en todo el sistema de salud. Además, dada la descentralización de responsabilidad de responder al VIH, existe la necesidad de un entendimiento más claro de las funciones y de mayor responsabilidad. Ya que nuestro éxito a fin de cuentas en ponerle fin a la epidemia del VIH depende de que el pueblo estadounidense comprenda la urgencia del desafío y siga respaldando las importantes inversiones que estamos haciendo en investigación, atención y prevención, se le debe dar mayor prioridad a comunicarle al público los desafíos que enfrentamos y los logros que estamos alcanzando.

Las muchas agencias federales que operan importantes programas para el VIH lo hacen bajo su propia autoridad legal, según lo estableció el Congreso. No es posible ni deseable fusionar todos los programas dedicados al VIH. Al mismo tiempo, es posible una mejor coordinación, y podemos mejorar la respuesta federal al insistir en que las agencias colaboren más estrechamente unas con otras.

158. Asignaciones para el año fiscal 2010.

En nuestro sistema federal, la función del gobierno federal no es dirigir todas las actividades de todas las entidades. De hecho, en nuestro diverso país, las respuestas más eficaces a menudo son las que se originan a nivel estatal o local, o incluso a nivel de vecindarios individuales. En este entorno, el liderazgo federal es crucial para identificar prioridades nacionales generales, como también apoyar la investigación para evaluar las actividades que son más eficaces y luego asegurar que se asignen recursos federales para que tengan máximo efecto. Muchos programas federales de prevención y cuidado del VIH operan mayormente al proporcionar recursos a gobiernos estatales, locales y tribales para que presten servicios conforme a normas y directrices federales. Aunque la flexibilidad es crucial para responder a necesidades diversas, las tres décadas de experiencia que tenemos en la lucha contra el VIH han hecho que el país tenga una mejor idea de lo que es eficaz. Por lo tanto, es apropiado que el gobierno federal se centre en el uso de sus recursos en herramientas que se ha demostrado trabajan eficazmente a fin de poner en práctica los objetivos de la *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* del poder ejecutivo y darle prioridad al uso de información epidemiológica en el proceso de elaborar lineamientos.

Se puede lograr mucho al darles prioridad a la mejor colaboración y el rendimiento de cuentas.

Medidas a Tomarse.

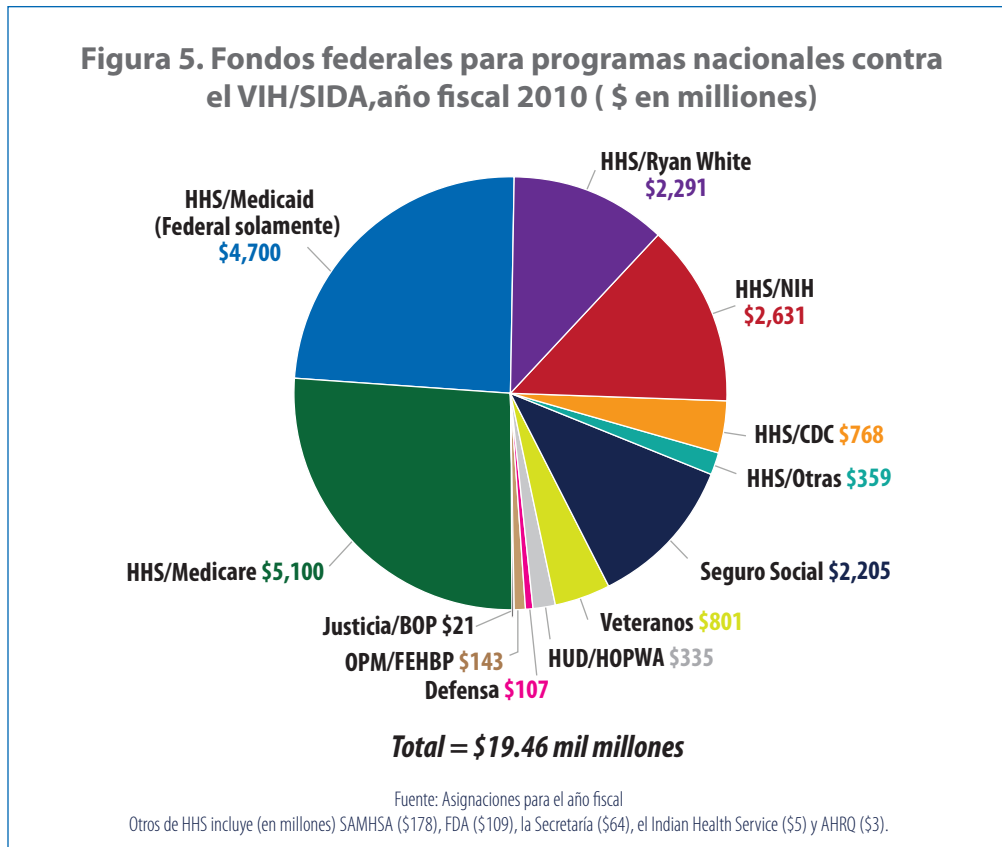
Las siguientes medidas son cruciales para lograr una respuesta más coordinada al VIH:

- 1 Aumentar la coordinación entre programas contra el VIH en todo el gobierno federal y entre las agencias federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.
- 2 Desarrollar mejores mecanismos para controlar, evaluar y presentar informes sobre el progreso para lograr los objetivos nacionales.

Medidas Recomendadas

Medida 1: Aumentar la coordinación entre programas contra el VIH en todo el gobierno federal y entre las agencias federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.

Hay fondos para servicios relacionados con el VIH en una variedad de departamentos, entre ellos el de Salud y Servicios Humanos (HHS), Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD), Justicia, Asuntos de Veteranos (VA) y Defensa (Figura 5). En el HHS, en particular, la responsabilidad de los programas para el VIH está diseminada entre agencias múltiples, entre ellas el Centro para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS), la Dirección de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration o HRSA), el CDC, el Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service o IHS), la Dirección de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration), la Oficina de Política Nacional sobre el SIDA (Office of National AIDS Policy), la Oficina de Salud de Grupos Minoritarios (Office of Minority Health) y otras. La responsabilidad por la investigación del VIH la tiene principalmente el NIH, pero CDC, VA, el Departamento de Defensa y USAID también apoyan programas de investigación. Esta dispersión de responsabilidad es apropiada, ya que cada agencia tiene experiencia en su propio sector, y las diferentes agencias operan diferentes programas con diferentes propósitos y trayectorias singulares. Diseminar la respuesta al VIH por todo el gobierno federal ha contribuido a nuestra respuesta al VIH. Al mismo tiempo, nos impone costos y nos desafía a obtener los mejores resultados.



Aproximadamente la mitad de los fondos federales para los servicios nacionales para el VIH pasan por Medicaid y Medicare, dos programas administrados por el CMS (Figura 5). Estos programas ofrecen garantías esenciales de acceso a atención médica vital para todos los beneficiarios que reúnen los requisitos, pero la estructura de los programas dificulta la adaptación a los lineamientos sobre el VIH. Es necesario prestar la mayoría de los servicios a todos los beneficiarios, y esto limita la capacidad de servicios específicos de prevención y atención a grupos de alto riesgo. Es más, las limitaciones de los datos dificultan el control de las personas con el VIH como grupo separado. Otros programas son más flexibles, pero las normas en competencia, los requisitos de recopilación de información y los propósitos crean obstáculos administrativos para el gobierno, los beneficiarios y otros socios externos.

Las leyes que rigen los programas contra el VIH han cambiado en el transcurso de los años, pero no han evolucionado al punto de asignar los recursos donde más se necesitan. Por ejemplo, algunas localidades reciben más fondos para servicios de prevención y el cuidado del VIH que otras a pesar de tener menos personas con el VIH/SIDA. Un análisis reciente descubrió que los estados con un bajo número de casos actuales del VIH/SIDA recibieron la mayor cantidad de fondos para la prevención del VIH por caso del CDC. Los cinco estados con 50% de las personas con SIDA reciben solamente 43% de los fondos para la prevención del CDC para los acuerdos de cooperación para la prevención, el programa de incremento de pruebas y control básico del Departamento de Salud, mientras que las veinte jurisdicciones que tienen 2 % de los casos del SIDA recibieron casi 7 % del presupuesto para estos acuerdos de cooperación.¹⁵⁹ Si hemos de concentrar nuestros esfuerzos en hacerle frente a la epidemia más eficazmente, entonces los recursos para prevenir el contagio

159. Análisis del CDC. Sírvase consultar www.cdc.gov/hiv para información sobre el presupuesto y <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/> para información sobre control.

con el VIH deben ser proporcionales a la carga de la enfermedad. Para lograrlo, los fondos de prevención del VIH se deben basar más en los actuales datos de control del VIH en vez de datos históricos sobre el SIDA. El CDC está avanzando hacia este objetivo y podrá proporcionar datos sobre el VIH, además de datos sobre el SIDA, de todas las localidades para el informe de control del VIH del 2012.

Otro problema con los programas federales de fondos para el VIH es que pocos están concebidos para fomentar la coordinación eficiente entre los diversos programas. Como resultado, los proveedores de servicios para el VIH a menudo reciben fondos de múltiples fuentes con diferentes procesos de solicitud de subvenciones y programas de fondos, y diversos requisitos sobre datos a proporcionarse. Estos problemas no son exclusivos al nivel federal, y los programas que compiten y tienen elementos en común también afectan los esfuerzos a nivel estatal y local.

Es necesario que integremos los servicios y reduzcamos la redundancia, fomentemos la colaboración entre los diferentes niveles del gobierno y con socios no gubernamentales, y aseguremos la responsabilidad por lograr resultados positivos. Con respecto a esto, el President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) nos ha enseñado lecciones valiosas sobre la lucha contra el VIH y la adaptación de esfuerzos alrededor del mundo que se puedan aplicar a la epidemia nacional.

Medidas recomendadas.

Para aumentar la coordinación entre programas, es necesario:

- 1.1 Asegurar la administración coordinada de programas:** El gobierno federal debe dedicarle mayor atención a la planificación coordinada de programas y servicios contra el VIH en todas las agencias.
- 1.2 Promover la asignación equitativa de recursos:** El gobierno federal debe examinar los métodos utilizados para distribuir fondos federales y tomar medidas para asegurar que los recursos se destinen a los estados y localidades con las mayores necesidades.
- 1.3 Simplificar y estandarizar la recopilación de datos:** El gobierno federal debe realizar esfuerzos a corto y largo plazo para simplificar las actividades de administración de subvenciones, lo que incluye la labor de estandarizar la recopilación de datos y los informes requeridos de los beneficiarios de los programas federales contra el VIH.

Medida 2: Desarrollar mejores mecanismos para controlar, evaluar y presentar informes sobre el progreso a fin de lograr los objetivos nacionales.

La epidemia del VIH en Estados Unidos requiere una respuesta audaz de salud pública. Se ha reducido el número anual de muertes debidas al SIDA, pero el número de nuevas infecciones ha continuado igual, y el número de personas con el VIH está aumentando. Es necesario que podamos evaluar críticamente nuestros actuales esfuerzos por determinar la medida en que se está teniendo un impacto. Es más, debido a los déficits presupuestarios a nivel estatal, cada vez es más importante que los actuales esfuerzos estatales y locales se concentren y estén conformes con los objetivos de la estrategia. Es necesario que evaluemos los resultados de nuestros esfuerzos por reducir la incidencia y mejorar los resultados médicos a fin de mantenernos al

tanto de nuestro progreso en la lucha contra el VIH y SIDA a nivel nacional y modificar nuestra respuesta a este problema de salud pública en el transcurso del tiempo. Esto requiere un sistema de control que evalúe la implementación de la estrategia, su progreso y el impacto de los esfuerzos de la estrategia. Un sistema de informes públicos periódicos ayudará a retener la atención y apoyo del público.

Medidas recomendadas.

Para controlar y comunicar nuestros logros, es necesario:

- 2.1 Realizar evaluaciones rigurosas de los actuales programas y reorientar los recursos a los programas más eficaces:** Darles prioridad a los programas que 1) se ha comprobado científicamente que reducen las infecciones con el VIH, aumentan el acceso a la atención o reducen las disparidades relacionadas con el VIH, 2) pueden demostrar resultados sostenidos y duraderos (>1 año) para lograr cualquiera de estos objetivos, 3) se pueden cambiar de escala para producir los resultados deseados a nivel comunitario y 4) son de costo eficiente.
- 2.2 Preparar informes públicos periódicos:** El gobierno federal reportará sobre el progreso en el logro de los objetivos de la estrategia en un informe anual al final de cada año.
- 2.3 Fomentar que los estados presenten informes periódicos de progreso:** El gobierno federal fomentará que los estados proporcionen informes anuales a la ONAP y HHS OS sobre los logros alcanzados en la implementación de sus planes integrales contra el VIH/SIDA. La ONAP incorporará los informes estatales en el informe nacional de progreso a fines de cada año.



Conclusión

El VIH es una epidemia compleja que crea muchos desafíos y exige que todos tomemos medidas para nuestra protección, la de las comunidades en las que vivimos y nuestro país en general. Hay medidas que se deben tomar, y hay muchas cosas que Estados Unidos ha hecho debidamente que ofrecen lecciones para el futuro. La formulación de una *Estrategia nacional contra el VIH/SIDA* es importante porque es un nuevo esfuerzo por reflexionar sobre lo que está surtiendo efecto y lo que no, a fin de aumentar los resultados que obtenemos de nuestra inversión pública y privada. Se pretende que la estrategia reoriente nuestros actuales esfuerzos y produzca mejores resultados para bien del pueblo estadounidense con el actual nivel de fondos, y también sirva de argumento para nuevas inversiones. También es un nuevo intento de establecer prioridades claras y proporcionar liderazgo para que todas las partes interesadas del sector público y privado dirijan sus esfuerzos concertadamente hacia un propósito común.

La perspectiva que surge del proceso de inclusión utilizado para formular esta estrategia nos lleva a hacer las siguientes recomendaciones:

- 1 Siempre habrá escasez de recursos y será necesario que tomemos decisiones difíciles sobre el uso más eficaz de los fondos. Por lo tanto, todas las decisiones sobre la asignación de recursos para programas se deben basar en los más recientes datos epidemiológicos sobre las personas más afectadas y otra información que nos diga cuáles son las necesidades más urgentes y no atendidas que es necesario satisfacer;
- 2 Las personas con el VIH tienen experiencias únicas, y se deben valorar y contar con ellas como fuente crucial de comentarios para establecer lineamientos;
- 3 Las propias comunidades a menudo son las más equipadas para tomar difíciles decisiones sobre compromisos, y es mejor que la designación de prioridades y asignación de recursos se haga lo más cerca posible al terreno;
- 4 Es necesaria la inversión continua en la investigación. Esto incluye investigación biomédica para formular nuevas estrategias de prevención, terapias más seguras y mejores, y finalmente, una cura. También existe la necesidad de investigación adicional sobre servicios de salud, operaciones, la conducta y prevención biomédica que tengan un impacto a nivel de población, y
- 5 Es necesario un compromiso con la innovación para mantenerse al tanto de una epidemia en evolución, la escasez de recursos y el respaldo de comunidades para las cuales el VIH es apenas uno de muchos desafíos importantes.

Las medidas descritas en este documento simplemente ofrecen una vía a seguir. Debido a que son el resultado de la participación de base extensa con socios federales y comunitarios, consideramos que contienen el juicio informado de múltiples perspectivas y experiencias. Si han de tener impacto alguno, será necesario que personas y grupos de todo el país sigan la vía descrita y produzcan una respuesta colectiva más coordinada al VIH.

Con todos los niveles de gobierno haciendo su parte, un sector privado dedicado y el liderazgo de las personas con el VIH y comunidades afectadas, Estados Unidos puede reducir considerablemente la trasmisión del VIH y apoyar mejor a las personas con el VIH y a sus familiares.



The White House Office of National AIDS Policy

202-456-4533

AIDSpolicy@who.eop.gov

www.whitehouse.gov/onap