

ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA

para los **ESTADOS UNIDOS:**

ACTUALIZADA HASTA 2020

JULIO 2015



VISIÓN

Los Estados Unidos será un sitio donde las nuevas infecciones por el VIH serán inusuales y, cuando ocurran, cada persona, independientemente de su edad, género, raza/etnia, orientación sexual, identidad de género o circunstancias socioeconómicas, tendrá acceso irrestricto a atención sanitaria de alta calidad que prolongue la vida y esté libre de estigmas y discriminación.

AGRADECIMIENTOS

La Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA (National HIV/AIDS Strategy, NHAS): actualizada hasta 2020 es el resultado de los aportes de personas que viven con el VIH; grupos comunitarios y organizaciones nacionales; profesionales de diversas disciplinas; investigadores; y otras personas que trabajan con los organismos federales, gobiernos estatales, tribales y locales para hacer oír su voz. La Oficina de Política Nacional sobre el SIDA (*Office of National AIDS Policy, ONAP*) espera que la dedicación, la inspiración y el trabajo arduo se reflejen en esta plan guía nacional, y reconoce que esta Actualización no hubiera sido posible sin la participación de todas las partes interesadas.

La ONAP también desea agradecer a todos los socio del gobierno federal que han contribuido horas, semanas y meses para la creación de este documento, y años de sus carreras profesionales abordando la epidemia de VIH en los Estados Unidos y al servicio de los estadounidenses.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	1
OBJETIVO 1: REDUCIR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH	15
Paso 1.A: Intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde está más concentrado	17
Paso 1.B: Expandir las iniciativas para prevenir la infección por el VIH con una combinación de enfoques fundamentados en evidencia eficaces	20
Paso 1.C: Educar a todos los estadounidenses con información de fácil acceso y desde el punto de vista científico sobre los riesgos, la prevención y la transmisión del VIH	24
OBJETIVO 2: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN Y OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH	27
Paso 2.A: Establecer sistemas integrados para vincular a las personas con atención clínica inmediatamente después del diagnóstico, y apoyar la retención de pacientes para conseguir la supresión viral y así maximizar los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de contagio	30
Paso 2.B: Tomar medidas deliberadas para aumentar la capacidad de los sistemas y la cantidad y diversidad de los proveedores de atención clínica y servicios relacionados disponibles para las personas que viven con el VIH	33
Paso 2.C: Apoyar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente para las personas que viven con el VIH, que incluye atender las condiciones concurrentes relacionadas con el VIH y la problemática de satisfacer las necesidades básicas, como la vivienda	35
OBJETIVO 3: REDUCIR LAS DISPARIDADES Y LA FALTA DE EQUIDAD RELACIONADAS CON EL VIH	37
Paso 3.A: Reducir las disparidades relacionadas con el VIH en las comunidades con un alto riesgo de infección por el VIH	38
Paso 3.B: Adoptar enfoques estructurales para reducir las infecciones por el VIH y mejorar los resultados de salud en las comunidades de alto riesgo	40
Paso 3.C: Reducir el estigma y eliminar la discriminación asociada con el VIH	41
OBJETIVO 4: LOGRAR UNA RESPUESTA NACIONAL MÁS COORDINADA A LA EPIDEMIA DE VIH	43
Paso 4.A: Aumentar la coordinación de los programas de VIH en el gobierno federal y entre los organismos federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales	44
Paso 4.B: Desarrollar mecanismos perfeccionados para controlar y presentar informes sobre el progreso en el logro de los objetivos nacionales	46
APÉNDICES	49
Apéndice 1: Desarrollo y progreso de los indicadores	49
Apéndice 2: Lista de siglas	57
Apéndice 3: Lista de referencias	58

RESUMEN EJECUTIVO

La primera Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA integral para los Estados Unidos (Estrategia) de la nación se presentó en 2010, y en los cinco años posteriores, personas y organizaciones se unieron en torno a esta visión y estos objetivos. La Estrategia cambió la manera en que los estadounidenses hablan sobre el VIH, priorizan y organizan la prevención y los servicios de atención en el ámbito local, y prestan servicios clínicos y no clínicos que apoyan a las personas que viven con el VIH para que sigan recibiendo atención; y ayudó a lograr lo siguiente:

- **Implementación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (*Affordable Care Act*)**. Millones de estadounidenses pueden acceder a servicios preventivos, como análisis y pruebas del VIH, sin un copago o deducible. Las personas que viven con el VIH ya no pueden ser discriminadas por su situación con respecto al VIH, y muchos miles más de personas que viven con el VIH tienen nuevas opciones de cobertura a través de la ampliación de Medicaid o el mercado de seguros de salud.
- **Un trabajo innovador de los Institutos Nacionales de la Salud (*National Institutes of Health, NIH*)**, que incluye el estudio 052 de la Red de Ensayos de Prevención del VIH (*HIV Prevention Trials Network, HPTN*), que la revista *Science* llamó el avance científico de 2011, y que demostró que el tratamiento temprano del VIH reduce un 96 % el riesgo de contagio en las parejas en las que uno de los integrantes tiene VIH y el otro no y, simultáneamente, mejora los resultados de salud. Los NIH también respaldaron el ensayo Momento estratégico para el tratamiento antirretroviral (*Strategic Timing of Antiretroviral Therapy, START*), que demostró que quienes tienen el VIH y recibieron tratamiento inmediato redujeron significativamente el riesgo de sufrir resultados de salud adversos graves.
- **Presentación de la profilaxis previa a la exposición (*pre-exposure prophylaxis, PrEP*)**, una nueva herramienta biomédica de prevención muy necesaria que ayuda a las personas a reducir el riesgo de infección por el VIH mediante la toma diaria de una píldora. En función de la evidencia proveniente de diversos ensayos clínicos divulgados de 2011 a 2013, la Administración de Medicamentos y Alimentos (*Food and Drug Administration, FDA*) aprobó la PrEP en 2012, y el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. publicó pautas para la práctica clínica de la PrEP en 2014.
- **Trabajo fundamental de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*)**, que incluye orientación clave sobre la adopción de nuevas tecnologías para realizar pruebas que incrementan la capacidad de diagnóstico del VIH inmediatamente después de la infección. Estas tecnologías aumentan las oportunidades de intervención eficaz durante la etapa aguda de la infección, momento en el cual es más probable que el VIH se transmita a los demás.
- **Aumentos fundamentales de los fondos para el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (*Health Resources and Services Administration, HRSA*)**, que garantizaron el acceso a tratamientos vitales a través de la eliminación de las listas de espera del ADAP, y a servicios adicionales que respaldan un sistema de atención necesario para mantener la salud de quienes padecen el VIH.

- **Importantes progresos en la colaboración dentro del gobierno federal**, mediante el establecimiento de asociaciones entre organismos, la formulación de recomendaciones para la Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH, y el desarrollo y la implementación de un conjunto básico de indicadores de programas para el VIH con el fin de respaldar el intercambio de información y el aumento de la transparencia en el progreso logrado. Por ejemplo:
- Se estableció un grupo de trabajo interinstitucional federal para investigar la intersección entre el VIH y la violencia contra las mujeres; y **el resultado fueron más de 15 iniciativas nuevas en el término de dos años**.
- El Departamento de Justicia (*Department of Justice*, DOJ) colaboró con los CDC en la publicación de **un estudio integral sobre las leyes penales específicamente relacionadas con el VIH**. En consecuencia, el DOJ publicó una guía de prácticas óptimas para reformar estas leyes que ayudan a los estados a garantizar que sus políticas no presionen innecesariamente a las personas que viven con el VIH/SIDA y que reflejen un entendimiento preciso de las vías de transmisión del VIH y los beneficios asociados del tratamiento.
- **Los proyectos de demostración financiados a través del Fondo de Iniciativa del SIDA para Minorías de la Secretaría (*Secretary's Minority AIDS Initiative Fund*, SMAIF)** han involucrado a varios organismos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*, HHS) —incluidos los CDC, la HRSA y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, SAMHSA)— para promover la colaboración y la coordinación entre los distintos organismos y evaluar las políticas institucionales que pueden constituirse en barreras para la planificación, implementación, prestación y evaluación coordinadas de los servicios para el VIH/SIDA en el ámbito estatal y local.

Estos y otros logros se han traducido en avances importantes en los objetivos de aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado, se vinculen a la atención y hayan logrado la supresión viral, así como también reducir los índices de mortalidad. A pesar de este progreso, el nivel de infección se mantiene estable en general. Si bien se ha producido una disminución en los diagnósticos en mujeres, las personas que se inyectan drogas y los heterosexuales, la epidemia entre los hombres homosexuales y bisexuales sigue siendo grave, con un aumento en los nuevos diagnósticos. Lograr los objetivos de la Estrategia exigirá la intensificación de los trabajos para esta población a fin de conseguir el máximo impacto.

La nación tiene las herramientas para frenar y, con el tiempo, terminar con la epidemia en los Estados Unidos. Con un liderazgo constante, compromisos de financiación sostenidos, medidas estratégicas y herramientas y tecnologías digitales emergentes para colaborar con la información y educación, los estadounidenses están más cerca que nunca del día en que se cristalizará la visión de la Estrategia. Juntos, las personas que viven con el VIH y las afectadas; los gobiernos estatales, tribales y locales; los profesionales de la salud; los científicos del gobierno y de las distintas industrias; los líderes espirituales; y los socios de la comunidad han transformado profundamente la respuesta al VIH/SIDA en los Estados Unidos. La Estrategia realmente se ha convertido en una guía para la acción colectiva y ha llevado nuevas energías a los estados y las comunidades locales de todo el país.

Esta es la primera actualización de la Estrategia (Actualización), que está diseñada para dar una perspectiva hasta 2020. La Actualización refleja el arduo trabajo realizado y las lecciones aprendidas desde 2010. Asimismo, incorpora los avances científicos que un día podrían llevar a los Estados Unidos, y al mundo, a prácticamente eliminar las nuevas infecciones por el VIH, apoyar con eficacia a todas las personas que viven con el VIH para que tengan una vida larga y saludable y eliminar las disparidades que persisten en algunas poblaciones.

La Estrategia sigue siendo una base estable en la que se pueden cimentar los trabajos futuros. Como tal, esta Actualización conserva su visión y los cuatro objetivos principales hasta 2020. Al mismo tiempo, la Estrategia también es un documento dinámico, diseñado para ser actualizado. La Actualización incluye los siguientes cambios:

- Los **Pasos y medidas recomendadas** bajo cada uno de los objetivos han sido revisados para reflejar el progreso y las actividades del pasado para cumplir con los objetivos de la Estrategia (véanse las secciones “Breve resumen” en las páginas 8-11).
- La Actualización tiene **10 indicadores cuantitativos** —algunos de los cuales son nuevas incorporaciones y otros han sido corregidos— para controlar mejor el progreso y garantizar que la nación se mueva constantemente en la dirección adecuada para lograr los objetivos (véase la lista de la página 12 y la información detallada en el apéndice Desarrollo y progreso de los indicadores). Además, se han identificado tres áreas como prioritarias para desarrollar indicadores: PrEP, estigma y el VIH entre los transexuales.
- Los objetivos y las recomendaciones tanto de la **Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH** y el **Grupo de Trabajo Interinstitucional Federal sobre la intersección entre el VIH/SIDA, la violencia contra las mujeres y niñas y las disparidades sanitarias relacionadas con el género** se han integrado plenamente en los Pasos y medidas recomendadas (véanse las tablas en las páginas 13 y 14).

Como documento orientador, la Actualización es un plan nacional, no solo un plan federal. Las gestiones federales tienen una importancia fundamental, pero los objetivos de la Estrategia solo se pueden alcanzar con el compromiso de los niveles nacionales, estatales, tribales y locales y de todos los sectores. Es especialmente importante que las personas que trabajan en las comunidades desempeñen un papel activo en la implementación de esta Estrategia. Las obras se concretan en la práctica, y es en la práctica donde la implementación de la Estrategia ha mejorado la vida de los estadounidenses afectados por el VIH.

La Actualización apunta a 2020 y tiene en cuenta los siguientes enunciados:

- **Todavía existe una epidemia de VIH** y sigue siendo un problema de salud importante para los Estados Unidos.
- **La mayoría de las personas pueden tener una vida larga y saludable con el VIH** si se les diagnostica y reciben tratamiento.
- Por diversos motivos, **determinadas poblaciones soportan una carga desproporcionada de VIH**.
- Las personas de toda la nación **merecen acceder a herramientas y educación** para prevenir la transmisión del VIH.
- Toda persona a la que se le haya diagnosticado VIH **merece tener acceso inmediato a un tratamiento y atención** que no la estigmatice, que sea competente y que responda a las necesidades de las diversas poblaciones afectadas por el VIH.

La Actualización ofrece oportunidades para actualizar el trabajo constante en la prevención, atención e investigación del VIH. **Los avances en las cuatro áreas claves son un elemento crítico para los próximos cinco años:**

- **Generalización de los análisis y pruebas y vinculación a la atención**, lo cual permitirá que las personas que viven con el VIH tengan un acceso temprano al tratamiento.
- **Amplio apoyo a las personas que viven con el VIH para que sigan recibiendo atención integral**, incluido el apoyo para la observancia del tratamiento.
- **Supresión viral universal** entre las personas que viven con el VIH.
- **Acceso pleno a servicios integrales de PrEP** para quienes sea apropiado y deseado, con apoyo para el cumplimiento del régimen de medicamentos de las personas que utilizan la PrEP.

UNA RESPUESTA NACIONAL COMÚN

Si se trabaja en la dirección de los objetivos nacionales compartidos y se alinean los trabajos de todos los sectores con los principios y las prioridades de la Estrategia actualizada, la nación puede avanzar hacia objetivos para salvar vidas relativos al VIH.

OBJETIVO 1: REDUCIR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

El VIH no afecta a todos los estadounidenses por igual. Si bien cualquiera se puede infectar, la epidemia de VIH se concentra en poblaciones y áreas geográficas claves. En 2010, la Estrategia ordenó un camino que seguía los datos epidemiológicos. Esta Actualización sigue por ese camino y exige a los organismos federales que garanticen la asignación de fondos de conformidad con el perfil epidemiológico vigente en cada jurisdicción, y que se prioricen intervenciones flexibles y eficaces en función de los costos en las comunidades donde la concentración de VIH es mayor para los grupos siguientes:

- **Homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de *todas las razas y etnias***
(cabe señalar la carga especialmente elevada de VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales negros)
- **Mujeres y hombres negros**
- **Mujeres y hombres latinos**
- **Personas que se inyectan drogas**
- **Jóvenes de 13 a 24 años de edad**
(cabe señalar la carga especialmente elevada de VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes)
- **Personas en el sur de los Estados Unidos**
- **Mujeres transexuales**
(cabe señalar la carga especialmente elevada de VIH entre las mujeres transexuales negras)

En los próximos cinco años, la nación debe garantizar que la financiación de los programas se asigne correctamente y respalde las intervenciones más eficaces, incluida la investigación de maneras innovadoras de prevenir las nuevas infecciones.

Los mecanismos para la prevención del VIH han crecido. Sobre la base de los avances científicos y tecnológicos de los últimos cinco años, las nuevas pautas y recomendaciones han ampliado la cantidad de opciones para la prevención. Los CDC publicaron recomendaciones para los profesionales en las que se exhorta a tener en cuenta la PrEP para quienes corren un riesgo considerable de contraer el VIH. Además, las pautas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU. ahora recomiendan que a todas las personas que viven con el VIH se les ofrezca tratamiento no solo por su propia salud, sino también porque el tratamiento antirretroviral reduce significativamente el riesgo de contagio del VIH a los demás. Además, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (*U.S. Preventive Services Task Force*, USPSTF) recomienda que todas las personas de 15 a 65 años de edad, y todas las mujeres embarazadas, se realicen una prueba de detección del VIH. Los CDC también ofrecieron lineamientos para la adopción de nuevas tecnologías para realizar pruebas que incrementan la capacidad de diagnóstico del VIH inmediatamente después de la infección, lo cual amplía las oportunidades de intervención eficaz durante la etapa aguda de la infección, momento en el cual es más probable que el VIH se transmita a los demás.

A lo largo de los próximos cinco años, se requiere una labor constante para hacer realidad la promesa de estos y otros avances científicos, y adoptar y acoger los hallazgos beneficiosos de las investigaciones que emerjan. Estos pueden incluir la disponibilidad de agentes antirretrovirales de liberación sostenida para la PrEP o para el tratamiento, nuevos desarrollos en microbicidas o vacunas, o la prestación más eficaz de servicios de atención para el VIH.

La información sobre el VIH debe estar integrada universalmente en puntos de acceso educativos apropiados. Todos los estadounidenses merecen contar con información sobre la transmisión y la prevención del VIH precisa desde el punto de vista científico y de fácil acceso. Esto implica brindar mensajes claros, específicos, coherentes y científicamente actualizados sobre los riesgos y las estrategias de prevención —seguidos de un uso activo de esta información para crear y difundir campañas educativas, programas de prevención y herramientas para evaluar los riesgos. Estas intervenciones deben aprovechar las estrategias digitales y las nuevas tecnologías para llegar a la mayor cantidad posible de personas en los puntos de acceso relevantes.

OBJETIVO 2: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN Y OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

La cobertura de la atención médica es importante para las personas que viven con el VIH. Como consecuencia de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, las personas que viven con el VIH ya no pueden ser discriminadas por su situación con respecto al VIH u otras afecciones preexistentes cuando solicitan cobertura de atención médica. Asimismo, muchos miles más de personas que viven con el VIH ahora tienen acceso a Medicaid o a un plan de seguro de salud del mercado. Y para las personas que ya cuentan con cobertura de atención médica, existen nuevos límites para los gastos de desembolso personal y otras protecciones para que la cobertura sea más segura. Además, el Gobierno, con un fuerte apoyo bipartidario del Congreso, ha sido firme en su compromiso de mantener el Programa de VIH/SIDA Ryan White, administrado por la HRSA. Se han efectuado aumentos fundamentales en los fondos para el ADAP con el fin de garantizar el acceso a tratamientos vitales y apoyo a las clínicas y los servicios adicionales necesarios para mantener la salud de quienes padecen el VIH. Por último, el acceso satisfactorio a la atención con frecuencia se hace imposible debido a necesidades básicas insatisfechas, como la vivienda. Complementar los servicios de atención con políticas incisivas como apoyo para las necesidades básicas es crucial para una vinculación oportuna con la atención del VIH y la retención de los pacientes.

Mejorar los resultados en cada paso del proceso continuo de la atención del VIH debe seguir siendo una prioridad. En 2013, el presidente Obama firmó un decreto en el que se estableció la Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH, que convoca la acción coordinada entre los organismos federales para aunar esfuerzos en línea con los recientes avances en el tratamiento del VIH. Se espera que estos esfuerzos deparen vidas más prolongadas y menos nuevas infecciones. A futuro, las gestiones deben apuntar a mejorar los resultados en cada paso del proceso continuo, desde las pruebas hasta el diagnóstico, la vinculación y el compromiso con la atención, el tratamiento y, en última instancia, la supresión viral. Un aspecto clave de todo este esfuerzo será la identificación y la reincorporación de las personas que dejaron de recibir atención. Iniciativas promisorias de varias ciudades y estados de todo el país ya han demostrado estrategias exitosas, con el uso de datos de vigilancia y datos de atención clínica del VIH. Un próximo paso esencial es ampliar la capacidad de todos los estados para identificar sistemáticamente y reincorporar a aquellas personas que viven con el VIH que dejaron de recibir atención. Esto también admitirá un control más riguroso del proceso continuo en todas las fases de la atención de la salud.

El desarrollo de modelos de atención competente que consideren a la persona como un todo, así como también al virus, es fundamental. Las personas que viven con el VIH —después de ser diagnosticadas, ingresar en el sistema sanitario y recibir la indicación del tratamiento— necesitan apoyo para seguir recibiendo atención. Es fundamental contar con personal capacitado y competente desde el punto de vista cultural para esta gestión, e incluye una gama de proveedores como guías de salud, enfermeros, médicos, administradores de casos, farmacéuticos y asistentes sociales. Las prioridades claves para mejorar los resultados a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud implican aumentar el personal mediante el entrenamiento y la capacitación de proveedores no tradicionales y ampliar los modelos comprobados de atención basada en equipos y centrada en el paciente que faciliten un compromiso constante con la atención. La investigación de las ciencias de la implementación también es fundamental para desarrollar modelos de atención fundamentados en evidencia que puedan ofrecer servicios destinados a mejorar la vida.

LOS DESCUBRIMIENTOS CIENTÍFICOS EXIGEN UN COMPROMISO A LARGO PLAZO

Los avances científicos que han conducido a las intervenciones en tratamiento y prevención vigentes son el resultado de la inversión constante del gobierno federal en investigación en ciencias básicas, biomédicas, sociales y del comportamiento. En 2013, el presidente Obama anunció que los NIH redirigirían \$100 millones para lanzar una Iniciativa para la cura del VIH a fin de impulsar aun más la investigación sobre el VIH/SIDA con la esperanza de catalizar una nueva generación de terapias enfocadas a curar el VIH o inducir la remisión de por vida. Hoy en día, la ciencia apunta directamente al beneficio de que las personas que viven con el VIH comiencen a recibir tratamiento lo antes posible. Los NIH han respaldado trabajos innovadores, como el estudio HPTN 052, llamado el avance científico de 2011 por la revista *Science*, que demostró que el tratamiento temprano del VIH reduce un 96 % el riesgo de contagio en las parejas en las que uno de los integrantes tiene VIH y el otro no y, simultáneamente, mejora los resultados de salud; y el ensayo START demostró que quienes tienen el VIH y recibieron tratamiento inmediato redujeron significativamente el riesgo de contraer la enfermedad o morir. Combinado con el beneficio de la prevención como tratamiento demostrado anteriormente por el estudio HPTN 052, **el énfasis en optimizar la continuidad de la atención y establecer el acceso a la terapia antirretroviral vital como un derecho, y no un privilegio, se convierte en el precepto fundamental de la Estrategia.**

OBJETIVO 3: REDUCIR LAS DISPARIDADES Y LA FALTA DE EQUIDAD RELACIONADAS CON EL VIH

La nación no puede cumplir con los objetivos de la Estrategia sin primero reducir las disparidades. Las condiciones sociales y medioambientales precarias, unidas a los altos índices de VIH en poblaciones específicas y áreas geográficas, contribuyen a disparidades relacionadas con el VIH muy persistentes —y en algunos casos, crecientes— en el ámbito de la salud. Estas disparidades incluyen índices más elevados de infección por el VIH, tasas más bajas de acceso a la atención del VIH, índices de supresión viral del VIH más bajos y un nivel más elevado de complicaciones relacionadas con el VIH, e índices de mortalidad relacionada con el VIH más altos; y afectan a las personas negras, latinas, indígenas americanas/nativas de Alaska; transexuales y jóvenes.

Los enfoques estructurales pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH en la comunidad y la sociedad. Es imperioso que las condiciones en las que las personas viven, aprenden, trabajan, juegan y rezan faciliten —en lugar de denigrar— su capacidad para llevar una vida saludable. Dichas condiciones abarcan la prevalencia de fondo del VIH en las redes de narcotráfico y sexo, así como la vivienda, la educación, el empleo y los sistemas de apoyo familiar y social. Ha quedado bien claro que estos determinantes sociales de la salud son factores importantes en la capacidad para cumplir con los objetivos de la Estrategia. Se necesita trabajar más para probar los nuevos modelos destinados a mejorar la salud en diversos ámbitos. Se está trabajando en el desarrollo de modelos de atención primaria habilitada para el tratamiento de traumas que prometen cambiar el entorno de la atención sanitaria de manera tal de reducir el temor de los pacientes y los profesionales en igual medida, y mejorar los resultados en materia del VIH y la salud.

Se debe eliminar el estigma y la discriminación para reducir las barreras a la prevención, prueba y atención del VIH. El estigma relativo al VIH se puede confundir o complicar con el estigma relacionado con el uso de sustancias, la salud mental, la orientación sexual, la identidad de género, la raza/etnia o el trabajo sexual. El estigma puede tener muchas consecuencias negativas para las personas que viven con el VIH. Es imprescindible que todos los niveles del gobierno reconozcan la existencia de esta diversidad de parcialidades y trabajen para combatir el estigma y la discriminación a fin de reducir las nuevas infecciones y mejorar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH. En el ámbito jurídico, esto requiere asegurar que todas las leyes penales federales y estatales respecto a la transmisión y la prevención del VIH tengan una base científica, y que los fiscales y otros funcionarios responsables de velar por el respeto de la ley entiendan claramente los riesgos de la transmisión.

OBJETIVO 4: LOGRAR UNA RESPUESTA NACIONAL MÁS COORDINADA A LA EPIDEMIA DE VIH

Reconocemos que la coordinación ha mejorado desde la publicación de la Estrategia en 2010, **pero una mayor coordinación es posible y esencial**. Se debe trabajar más en pos de la identificación, el aprendizaje y la reproducción de los éxitos internacionales, estatales, tribales y locales. El liderazgo del gobierno federal es fundamental para identificar las prioridades nacionales trascendentales, y apoyar la investigación para evaluar qué actividades son más eficaces y asegurar que los recursos federales utilizados tengan el máximo efecto. La Oficina de Política Nacional sobre el SIDA (ONAP) de la Casa Blanca trabajará en colaboración con la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas y otras dependencias de la Casa Blanca, así como otros organismos federales, en la promoción de los objetivos de la Estrategia.

Al igual que con la Estrategia de 2010, esta Actualización ofrece recomendaciones específicas para ayudarnos a cumplir con los objetivos, así como indicadores para medir el progreso. Un sistema de informes públicos periódicos ayudará a retener el apoyo y la atención del público para la Estrategia en todo el país.

Durante 2015, la ONAP, la Oficina del Secretario Adjunto de Salud del HHS y otros organismos federales trabajarán en forma conjunta para diseñar un plan de acción federal que esboza las medidas específicas que deberán tomar los organismos federales para implementar las prioridades establecidas por la Actualización. Además, se creará un plan de acción marco, similar a la estructura del plan de acción federal, para asistir a los socios ajenos al gobierno federal, como departamentos de salud estatales y locales, gobiernos tribales, organizaciones comunitarias, coaliciones de personas que viven con el VIH y otras partes interesadas para identificar medidas específicas que pueden tomar —adaptadas a sus misiones y prioridades específicas— con el fin de garantizar que la nación esté trabajando para alcanzar los objetivos de la Estrategia. Las prioridades comunes, la simplificación de los requisitos de los beneficiarios, las estrategias fundamentadas en evidencia y la asignación de recursos en función de la información nos ayudarán a lograrlo.

LLAMADO A LA ACCIÓN

El gobierno de Obama demostró su compromiso de revitalizar la respuesta nacional colectiva al VIH cuando se publicó la Estrategia en 2010. Desde entonces, la nación alineó sus esfuerzos para acercarse al logro de los objetivos de la Estrategia y el diálogo nacional en torno al VIH/SIDA evolucionó para imaginar un futuro libre de nuevas infecciones por el VIH en los Estados Unidos y vidas más sanas y prolongadas para las personas que viven con el VIH. No obstante, quedan cuestiones importantes por resolver. El trabajo conjunto con un enfoque y vigor renovados contribuirá a promover esa visión. Las áreas de interés claves de la Actualización incluyen pruebas del VIH con vinculación a la atención para quienes padecen la infección por el VIH, junto con apoyo para que sigan recibiendo atención y se ciñan al tratamiento para garantizar que las personas que viven con el VIH mantengan la supresión viral; y para aquellos que obtienen resultados negativos pero corren un riesgo importante, vinculación a la PrEP y apoyo para el cumplimiento del régimen de medicamentos. Esta Actualización es un llamado a la acción para una multiplicidad de sistemas: **es necesario que todos pongan en marcha esta Estrategia y se ponga fin a la epidemia de VIH.**

La Estrategia no es un documento presupuestario y no implica la aprobación de ninguna medida específica en virtud del Decreto 12866 o la Ley de Reducción de Trámites. La Estrategia informará al presupuesto federal y los procesos reguladores de desarrollo en el contexto de los objetivos articulados en el Presupuesto del presidente. Todas las actividades incluidas en la Estrategia están supeditadas a limitaciones presupuestarias y otras aprobaciones, incluida la ponderación de las prioridades y los recursos disponibles a cargo del Gobierno para la formulación del presupuesto anual y del Congreso en la legislación de las asignaciones presupuestarias.

ACCIONES EN UN SOLO VISTAZO

OBJETIVO 1: REDUCIR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

PASO 1.A

Intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde está más concentrado.

1.A.1



Asignar los fondos públicos de conformidad con la distribución geográfica de la epidemia.

1.A.2



Concentrarse en las poblaciones de alto riesgo.

1.A.3



Mantener las gestiones de prevención del VIH en las poblaciones en riesgo pero con baja carga de VIH a nivel nacional.

PASO 1.B

Expandir las iniciativas para prevenir la infección por el VIH con una combinación de enfoques fundamentados en evidencia eficaces.

1.B.1



Diseñar y evaluar estrategias de prevención innovadoras y enfoques combinados para prevenir la infección por el VIH en las poblaciones y comunidades de alto riesgo, y priorizar y fomentar la investigación para llenar las lagunas existentes en la ciencia de la prevención del VIH entre las poblaciones y comunidades de más alto riesgo.

1.B.2



Respaldar y reforzar la detección integrada y centrada en el paciente del VIH y otras áreas relacionadas (infecciones de transmisión sexual [ITS], uso de sustancias, salud mental, violencia del compañero íntimo [VCI], infecciones por el virus de la hepatitis) y su vinculación con los servicios básicos (vivienda, educación, empleo).

1.B.3



Ampliar el acceso a servicios de prevención eficaces, incluida la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y la profilaxis posterior a la exposición (*Post-Exposure Prophylaxis, PEP*).

1.B.4



Incrementar la prevención en las personas que viven con el VIH.

PASO 1.C

Educar a todos los estadounidenses con información de fácil acceso y desde el punto de vista científico sobre los riesgos, la prevención y la transmisión del VIH.

1.C.1



Dar mensajes claros, específicos, coherentes y actualizados científicamente sobre los riesgos del VIH y las estrategias de prevención.

1.C.2



Utilizar campañas educativas y de marketing social fundamentadas en evidencia, y aprovechar las herramientas digitales y las nuevas tecnologías.

1.C.3



Promover la educación en prevención del VIH y las ITS según la edad para todos los estadounidenses.

1.C.4



Ampliar el trabajo de divulgación pública, educación y prevención del VIH y cuestiones interrelacionadas, como la VCI.

1.C.5



Abordar los conceptos erróneos, el estigma y la discriminación para derribar las barreras a la prevención, prueba y atención del VIH.

ACCIONES EN UN SOLO VISTAZO

OBJETIVO 2: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN Y OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

PASO 2.A

Establecer sistemas integrados para vincular a las personas con atención clínica inmediatamente después del diagnóstico, y apoyar la retención de pacientes para conseguir la supresión viral y así maximizar los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de contagio.

2.A.1



Garantizar la continuidad de una cobertura de atención médica integral de alta calidad para respaldar el acceso a la atención del VIH.

2.A.2



Asegurar la vinculación a la atención médica del VIH y aumentar la retención en la atención para las personas que viven con el VIH.

2.A.3



Respaldar y reforzar la capacidad para implementar modelos innovadores y culturalmente apropiados para una prestación más eficaz de servicios en el proceso continuo de la atención de la salud.

2.A.4



Priorizar y fomentar la investigación para llenar las lagunas de conocimientos en el proceso continuo de la atención de la salud.

2.A.5



Ofrecer información, recursos y asistencia técnica para fortalecer la prestación de servicios a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud, especialmente en el ámbito estatal, tribal y local.

PASO 2.B

Tomar medidas deliberadas para aumentar la capacidad de los sistemas y la cantidad y diversidad de los proveedores de atención clínica y servicios relacionados disponibles para las personas que viven con el VIH.

2.B.1



Incrementar la cantidad de proveedores de atención del VIH disponibles.

2.B.2



Reforzar la actual fuerza de trabajo de proveedores a fin de garantizar el acceso a la atención del VIH y su calidad.

2.B.3



Respaldar la detección de uso de sustancias y problemas de salud mental y la derivación a los servicios correspondientes para las personas que viven con el VIH.

PASO 2.C

Apoyar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente para las personas que viven con el VIH, que incluye atender las condiciones concurrentes relacionadas con el VIH y la problemática de satisfacer las necesidades básicas, como la vivienda.

2.C.1



Considerar políticas para promover el acceso a la vivienda y otras necesidades básicas, y otros servicios de apoyo para las personas que viven con el VIH.

2.C.2



Abordar la violencia y el trauma, además de los factores que incrementan el riesgo de violencia para mujeres y niñas que viven con el VIH, con el fin de mejorar los resultados de la atención del VIH en las mujeres.

ACCIONES EN UN SOLO VISTAZO

OBJETIVO 3: REDUCIR LAS DISPARIDADES Y LA FALTA DE EQUIDAD RELACIONADAS CON EL VIH

PASO 3.A

Reducir las disparidades relacionadas con el VIH en las comunidades con un alto riesgo de infección por el VIH.

3.A.1



Incrementar los servicios para reducir las disparidades relacionadas con el VIH que sufren los hombres homosexuales y bisexuales (especialmente los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes), las mujeres negras y las personas que viven en el sur de los Estados Unidos.

3.A.2



Apoyar el compromiso con la atención de grupos con niveles bajos de supresión viral, incluidos los jóvenes y las personas que se inyectan drogas.

PASO 3.B

Adoptar enfoques estructurales para reducir las infecciones por el VIH y mejorar los resultados de salud en las comunidades de alto riesgo.

3.B.1



Ampliar la escala de los programas fundamentados en evidencia eficaces que abordan los determinantes sociales de la salud.

3.B.2



Apoyar la investigación para entender mejor el alcance de la intersección entre el VIH y la violencia contra las mujeres y las niñas, y diseñar intervenciones eficaces.

PASO 3.C

Reducir el estigma y eliminar la discriminación asociada con el VIH.

3.C.1



Fomentar los enfoques de salud pública fundamentados en evidencia para la prevención y la atención del VIH.

3.C.2



Reforzar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles, y asistir a los estados en la protección de las personas que viven con el VIH contra la violencia, las represalias y la discriminación asociadas con su situación con respecto al VIH.

3.C.3



Movilizar a las comunidades para reducir el estigma relacionado con el VIH.

3.C.4



Fomentar el liderazgo público de las personas que viven con el VIH.

ACCIONES EN UN SOLO VISTAZO

OBJETIVO 4: LOGRAR UNA RESPUESTA NACIONAL MÁS COORDINADA A LA EPIDEMIA DE VIH

PASO 4.A

Aumentar la coordinación de los programas de VIH en el gobierno federal y entre los organismos federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.

4.A.1



Simplificar los requisitos de notificación de los beneficiarios federales.

4.A.2



Reforzar la coordinación entre los sistemas de información y el uso de datos para mejorar los resultados de salud y controlar el uso de los fondos federales.

4.A.3



Garantizar la coordinación en la planificación y la administración de los programas.

4.A.4



Promover una asignación de recursos que repercuta más en el logro de los objetivos de la Estrategia.

PASO 4.B

Desarrollar mecanismos perfeccionados para controlar y presentar informes sobre el progreso en el logro de los objetivos nacionales.

4.B.1



Reforzar la disponibilidad y el uso oportuno de la información.

4.B.2



Ofrecer informes públicos periódicos sobre los objetivos de la Estrategia.

4.B.3



Mejorar la rendición de cuentas en la gestión del programa.

BREVE RESUMEN DE LOS INDICADORES

	INDICADOR 1	Aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico al 90 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 2	Reducir la cantidad de nuevos diagnósticos el 25 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 3	Reducir el porcentaje de hombres jóvenes homosexuales y bisexuales que presentaron comportamientos de riesgo de infección por el VIH el 10 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 4	Aumentar el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH dentro de un mes de recibido el diagnóstico de VIH al 85 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 5	Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retienen en la atención médica del VIH al 90 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 6	Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que lograron la supresión viral al 80 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 7	Reducir el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más del 5 por ciento .
	INDICADOR 8	Reducir el índice de mortalidad entre las personas con diagnóstico de infección por el VIH el 33 por ciento como mínimo.
	INDICADOR 9	Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo en los siguientes grupos: hombres homosexuales y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes, mujeres negras y personas que viven en el sur de los Estados Unidos.
	INDICADOR 10	Aumentar el porcentaje de jóvenes y personas que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al 80 por ciento como mínimo.

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA, MEDICIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Si bien anteriormente se utilizaron los cálculos de la incidencia del VIH como un indicador para que la Estrategia midiera las reducciones en nuevas infecciones, estos cálculos no constituyen una manera oportuna y coherente de controlar el progreso. La cantidad estimada de nuevas infecciones ha cambiado, y probablemente lo siga haciendo con el transcurso del tiempo, como consecuencia de los cambios en la tecnología para las pruebas del VIH y los métodos de valoración de la incidencia. Estos cambios dificultan el uso de estos datos como indicador para medir el progreso a lo largo del tiempo. En contraposición, los datos de los diagnósticos de VIH como medio de control del progreso en la reducción de nuevas infecciones se publican en un formato rutinario y estandarizado a disposición de todos los estados. Dadas estas ventajas, los datos de los diagnósticos de VIH se utilizan para el indicador de esta Actualización.

El uso de datos de los diagnósticos para llevar un seguimiento del progreso en la reducción de nuevas infecciones por el VIH presenta algunos obstáculos. En primer lugar, estos datos se deben interpretar teniendo en cuenta las tendencias en las pruebas del VIH, ya que los cambios en las pruebas pueden traducirse en cambios en las tendencias del diagnóstico que no guardan relación con las tendencias en las nuevas infecciones. Por ejemplo, si las tendencias del diagnóstico del VIH disminuyen en una población en particular, se requiere una evaluación para determinar si esta disminución se debe a que se están realizando menos pruebas del VIH o que las pruebas se están realizando en personas con menos riesgo, frente a una indicación de que están disminuyendo las nuevas infecciones por el VIH. En segundo lugar, las gestiones para aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH y conocen su situación con respecto al VIH exige un aumento de los diagnósticos; esto significa que, al menos inicialmente, el progreso en el Indicador 1 puede tener un impacto negativo en el progreso en el Indicador 2. A largo plazo, el diagnóstico de personas que anteriormente carecían de diagnóstico finalmente se traducirá en un aumento de la vinculación con y retención en el tratamiento y la atención, un aumento de la supresión viral y una disminución en la transmisión a parejas no infectadas. Esto reducirá las nuevas infecciones, lo cual se verá reflejado en una disminución de la cantidad de nuevos diagnósticos.

Los datos de los diagnósticos se utilizan en todo este documento para describir la carga del VIH y cuantificar las disparidades en las poblaciones y las comunidades. Estos datos se utilizan para guiar la acción en materia de salud pública en el ámbito federal, estatal y local.

COMPARACIÓN DE LAS MEDIDAS

INTERSECCIÓN ENTRE EL VIH/SIDA, LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y NIÑAS Y LAS DISPARIDADES SANITARIAS RELACIONADAS CON EL GÉNERO

En 2012, se estableció un grupo de trabajo interinstitucional federal como parte de un memorando presidencial que comprometía al Gobierno a intensificar las gestiones para comprender y abordar la intersección del VIH/SIDA, la violencia contra las mujeres y niñas y las disparidades sanitarias relacionadas con el género. Este grupo redactó cinco recomendaciones que fueron objetivos fundamentales para la acción. Esas recomendaciones se incorporaron a la Actualización, tal como se muestra en la tabla a continuación.

RECOMENDACIONES DEL GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL FEDERAL (2013)	TAL COMO SE INTEGRARON A LA ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA ACTUALIZADA
<p>1 Mejorar la salud y el bienestar para las mujeres mediante la detección de violencia del compañero íntimo (VCI) y el VIH.</p> 	<p>1.B.2 Respaldar y reforzar la detección integrada y centrada en el paciente del VIH y otras áreas relacionadas (ITS, salud mental, VCI, infecciones por el virus de la hepatitis) y su vinculación con los servicios básicos (vivienda, educación, empleo).*</p>
<p>2 Abordar la violencia y el trauma para mejorar los resultados en las mujeres que reciben atención para el VIH.</p> 	<p>2.C.2 Abordar la violencia y el trauma, además de los factores que incrementan el riesgo de violencia para mujeres y niñas que viven con el VIH, con el fin de mejorar los resultados en las mujeres que reciben atención para el VIH.</p>
<p>3 Considerar ciertos factores contribuyentes que aumentan el riesgo de violencia para mujeres y niñas que viven con el VIH.</p> 	<p>2.C.1 Considerar políticas para promover el acceso a la vivienda y otras necesidades básicas, y otros servicios de apoyo para las personas que viven con el VIH. → Se deben intensificar las gestiones federales para abordar el VIH y la VCI entre las mujeres y niñas sin hogar y con vivienda marginal.</p>
<p>4 Ampliar el trabajo de divulgación pública, educación y prevención con respecto al VIH y la violencia contra mujeres y niñas.</p> 	<p>1.C.4 Ampliar el trabajo de divulgación pública, educación y prevención del VIH y cuestiones interrelacionadas, como la VCI. → La capacitación de la juventud con información sobre su salud física y bienestar social y emocional debe seguir formando parte de un enfoque integral de la prevención y la respuesta al VIH y la violencia; la llegada a las mujeres negras y latinas debe ser prioridad.</p>
<p>5 Apoyar la investigación para entender mejor el alcance de la intersección del VIH/SIDA y la violencia contra las mujeres y las niñas, y diseñar intervenciones eficaces.</p> 	<p>3.B.2 Apoyar la investigación para entender mejor el alcance de la intersección del VIH y la violencia contra las mujeres y las niñas, y diseñar intervenciones eficaces.</p>

* La recomendación específica sobre la detección de VCI entre las mujeres se incorporó a las recomendaciones más generales para la detección de diversas condiciones, incluida la VCI, para todas las personas.

COMPARACIÓN DE LAS MEDIDAS

INICIATIVA PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL VIH

La Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH se estableció por decreto en 2013 para acelerar las mejoras en la prevención y la atención del VIH. Las recomendaciones y las medidas del Grupo de Trabajo Interinstitucional Federal para la continuidad de la atención en el VIH se prepararon para guiar la aplicación continua de la Estrategia. Esas recomendaciones se han integrado a la Actualización, como se muestra en la tabla a continuación.

RECOMENDACIONES PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL VIH (2013)	TAL COMO SE INTEGRARON A LA ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA ACTUALIZADA
<p>1 Respalda, implementar y evaluar modelos innovadores para una prestación más eficaz de servicios en el proceso continuo de la atención de la salud.</p>	<p>2.A.3 Respalda y refuerza la capacidad para implementar modelos innovadores y culturalmente apropiados para una prestación más eficaz de servicios en el proceso continuo de la atención de la salud.</p>
<p>2 Aborda los conceptos erróneos, el estigma y la discriminación para derribar las barreras a la atención.</p>	<p>1.C.5 Aborda los conceptos erróneos, el estigma y la discriminación para derribar las barreras a la prevención, prueba y atención del VIH.</p>
<p>3 Refuerza la recopilación, la coordinación y el uso de datos para mejorar los resultados de salud y controlar el uso de los recursos federales.</p>	<p>4.A.2 Refuerza la coordinación entre los sistemas de información y el uso de datos para mejorar los resultados de salud y controlar el uso de los fondos federales.</p>
<p>4 Prioriza y fomenta la investigación para llenar las lagunas de conocimientos en el proceso continuo de la atención de la salud.</p>	<p>2.A.4 Prioriza y fomenta la investigación para llenar las lagunas de conocimientos en el proceso continuo de la atención de la salud.</p>
<p>5 Ofrece información, recursos y asistencia técnica para fortalecer la prestación de servicios a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud, especialmente en el ámbito estatal y local.</p>	<p>2.A.5 Ofrece información, recursos y asistencia técnica para fortalecer la prestación de servicios a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud, especialmente en el ámbito estatal, tribal y local.</p>

OBJETIVO 1: REDUCIR LAS NUEVAS INFECCIONES POR EL VIH

LA OPORTUNIDAD

Las mejores maneras de reducir las nuevas infecciones por el VIH son garantizar un diagnóstico oportuno y el compromiso con la atención y el tratamiento para quienes tienen VIH; destinar los recursos de prevención a los lugares con la mayor carga de la enfermedad y las poblaciones con mayor riesgo; garantizar que se prioricen y apliquen a gran escala las estrategias de prevención más eficaces; y seguir realizando investigaciones sobre PrEP, microbicidas y vacunas. Después de casi tres décadas de epidemia de VIH, se ha progresado mucho tanto en el ámbito nacional como el internacional en el control de la propagación de las infecciones, y es necesario hacer mucho más.

En un principio, Estados Unidos logró montar una respuesta que involucraba a las personas que viven con el VIH; empresas; el sector público; fundaciones; compañías farmacéuticas; profesionales de las ciencias, la medicina, la asistencia social y la salud pública; comunidades profesionales; y otros. Las gestiones colectivas contribuyeron a éxitos notables en la reducción de las infecciones por el VIH:

- Desarrollo de **pruebas de diagnóstico del VIH y gestiones generalizadas para la realización de pruebas.**
- **Cribado eficaz del aprovisionamiento de sangre** para que las infecciones transmitidas por transfusión sean poco frecuentes.
- Detección y tratamiento de las mujeres embarazadas durante el embarazo para **reducir la transmisión perinatal.**
- Aumento del **acceso a jeringas y otros equipos para inyectar nuevos y estériles** con el fin de reducir al mínimo las infecciones por el uso de drogas inyectables.

Asimismo, en los cinco años posteriores a la entrada en vigencia de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, ha habido avances científicos pioneros, cambios importantes en las políticas y cambios significativos en la distribución del dinero para la prevención del VIH. Los hitos de este período incluyen:

- Pruebas concluyentes de que el **tratamiento temprano promueve mejores resultados de salud** para las personas infectadas y **reduce el riesgo de transmisión** a sus parejas.^{1,2}
- Estudios revolucionarios que muestran que la **PrEP** es eficaz a la hora de reducir el contagio de la infección.³⁻⁶
- **Implementación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible**, que aumentó la cantidad de estadounidenses — incluidas aquellas personas que viven con el VIH o en riesgo de contraerlo— que tienen acceso a cobertura de atención médica y servicios preventivos, como pruebas del VIH, que se cubren sin costo compartido.
- **Traslado de fondos a los programas de prevención del VIH** para alinearse con la cantidad de personas a las que se les diagnosticó VIH de manera tal que los fondos puedan tener el máximo impacto.⁷

Sin embargo, para lograr el objetivo de reducir las nuevas infecciones, se deben abordar los siguientes desafíos:

- Demasiadas personas que viven con el VIH **no conocen su estado o reciben un diagnóstico tardío**: en 2012, el 13 por ciento, o alrededor de 156 300 personas infectadas, no tenía diagnóstico; y en 2012, el 24 por ciento de las personas a las que se les diagnosticó el VIH tenían una clasificación de estadio 3 (SIDA) en el momento del diagnóstico.⁸
- Demasiadas personas que viven con el VIH **no se retienen en la atención** y, por lo tanto, no pueden obtener los beneficios del tratamiento, la prevención y otros servicios.⁸
- Demasiados estadounidenses **no tienen los conocimientos básicos** sobre el VIH, otras ITS y el riesgo de infección asociado al uso de sustancias.⁹
- Los diagnósticos de infección por el VIH están **aumentando en los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes**, y el impacto del VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales de todas las edades sigue siendo grave.¹⁰
- **Los incrementos en los trastornos por el uso de sustancias** relacionados con el uso de medicamentos recetados, sobredosis e infecciones por el virus de la hepatitis han complicado la capacidad para abordar el VIH y exigen un acceso sostenido a servicios de prevención y tratamiento a fin de no socavar el éxito en la reducción del VIH entre las personas que se inyectan drogas.¹¹⁻¹⁴

RESUMEN DE PASOS

Es fundamental concentrarse en una gestión nacional concertada para reducir las nuevas infecciones por el VIH. Los pasos siguientes son críticos para tener éxito:

PASO 1.A	Intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde está más concentrado.
PASO 1.B	Expandir las iniciativas para prevenir la infección por el VIH con una combinación de enfoques fundamentados en evidencia eficaces.
PASO 1.C	Educar a todos los estadounidenses con información de fácil acceso y precisa desde el punto de vista científico sobre los riesgos, la prevención y la transmisión del VIH.

INDICADORES DE PROGRESO

El trabajo conjunto en estos pasos fundamentales apunta a cumplir con los siguientes objetivos para 2020:



INDICADOR 1

Aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico al **90 por ciento** como mínimo.



INDICADOR 2

Reducir la cantidad de nuevos diagnósticos el **25 por ciento** como mínimo.



INDICADOR 3

Reducir el porcentaje de hombres jóvenes homosexuales y bisexuales que presentaron comportamientos de riesgo de infección por el VIH el **10 por ciento** como mínimo.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 1.A

Intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde está más concentrado.

Al principio de la epidemia del VIH, existía un temor generalizado de que se propagaría a toda la población en general. Más de tres décadas después, la epidemia de los Estados Unidos no siguió ese curso tan temido. Los casos de VIH en los Estados Unidos se concentran mayormente en lugares específicos y en poblaciones claves.¹⁰ Por ejemplo, más de un tercio de la población vive en los estados del sur, pero esta región da cuenta de más de la mitad de todos los diagnósticos de VIH.¹⁰ Entre los territorios de los Estados Unidos, una gran cantidad de diagnósticos se dan en Puerto Rico.¹⁰

En 2012, se produjo un importante cambio en la forma de proveer los fondos federales para la prevención del VIH a los departamentos de salud estatales y territoriales para alinear mejor los recursos con la epidemiología mediante la asignación de fondos basada en la cantidad de personas con infección por el VIH diagnosticada; además, se priorizaron actividades específicas dirigidas a las poblaciones más vulnerables para conseguir el máximo impacto.⁷ A futuro, se debe hacer mucho más para garantizar que los recursos para la prevención en el ámbito estatal y local se concentren estratégicamente en las comunidades específicas con niveles elevados de riesgo de infección por el VIH. La intensificación de los trabajos en las comunidades donde se concentra el VIH y un enfoque en las intervenciones eficaces y flexibles pueden llegar a tener un mayor impacto, lo cual podría reducir el riesgo colectivo de todas las comunidades de contraer la infección por el VIH.

Varias jurisdicciones han sido testigo, a través de gestiones selectivas, de tendencias descendentes en el VIH, incluidos los estados de Nueva York y Massachusetts, y las ciudades de San Francisco y Los Ángeles.¹⁵⁻¹⁸ Además, algunos estados y localidades han puesto en práctica sus propios planes para “terminar con el SIDA”, como el estado de Nueva York, el estado de Washington y San Francisco.¹⁹⁻²¹

PLANES ESTATALES Y LOCALES PARA TERMINAR CON EL SIDA

Los estados y las jurisdicciones locales han escuchado el llamado a la acción de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA y prepararon planes locales para mejorar los resultados del proceso continuo de atención de la salud y reducir drásticamente las infecciones por el VIH en sus regiones.

Estado de Nueva York: con la guía de un plan general de tres puntos para “terminar con el SIDA” abocado a identificar personas que viven con el VIH sin diagnóstico, vincular y retener personas que viven con el VIH diagnosticado en la atención y el tratamiento, y facilitar el acceso a la PrEP, para el año 2020 el estado de Nueva York aspira a reducir las nuevas infecciones por el VIH a 750.

www.health.ny.gov/diseases/aids/ending_the_epidemic/docs/blueprint.pdf

Estado de Washington: End AIDS Washington, a través del trabajo conjunto del buscador de planes de salud Washington Health Plan Finder, los centros de prueba clínicos y comunitarios locales, el programa de asistencia para los medicamentos de la PrEP, un programa de asistencia para los medicamentos contra el SIDA académico local y clínico, apunta a reducir un 50 por ciento las nuevas infecciones por el VIH para 2020 con el lema “Tener seguro, hacerse pruebas, recibir PrEP y recibir tratamiento”.

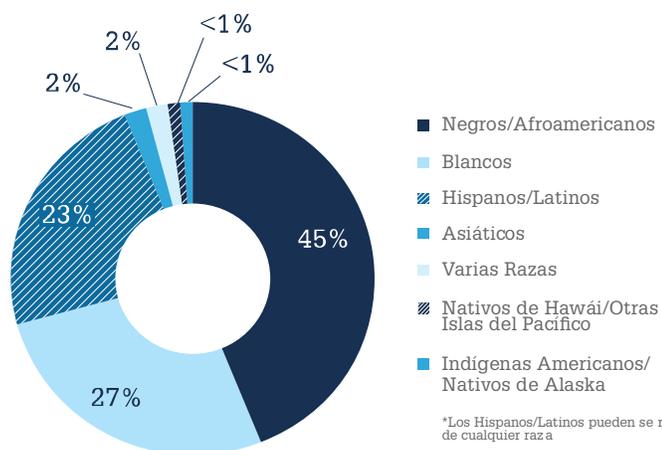
www.endaids.washington.org

Ciudad y condado de San Francisco: “Cero infecciones por el VIH, cero muertes por el VIH, cero estigma por el VIH” son los objetivos del consorcio “Getting to Zero”, que está conformado por el gobierno local, el departamento de salud, consejos de planificación, universidades, organizaciones comunitarias y proveedores de atención, de todos los niveles. www.sfhiv.org/wp-content/uploads/1113-Getting-to-Zero.pdf

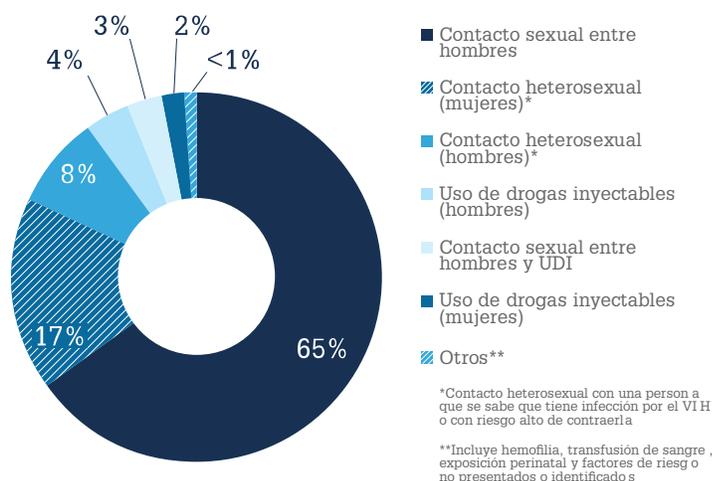
Una parte fundamental de optimizar las inversiones y potenciar al máximo el impacto es centrar la atención y los recursos en las personas con infección por el VIH y aquellas que corren más riesgo de contraerlo. La figura 1 muestra las poblaciones que concentran la mayor parte de los diagnósticos de VIH en los Estados Unidos en 2013, el año más reciente del que se tiene información.¹⁰ Estas poblaciones representan el riesgo máximo de contraer el VIH.

FIGURA 1: Diagnósticos de infección por el VIH entre los adultos y adolescentes, por raza/etnia, categoría de transmisión, edad y región de los Estados Unidos y 6 áreas dependientes, 2013 (N= 48, 145)¹⁰

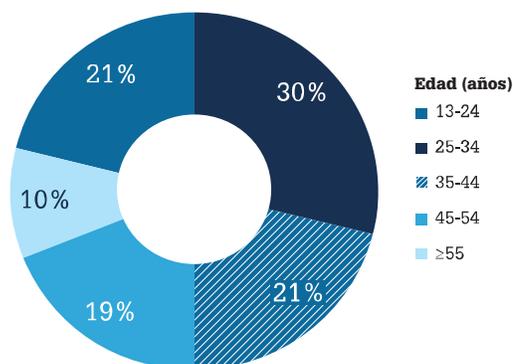
DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES POR EL VIH POR RAZA/ETNIA - 2013



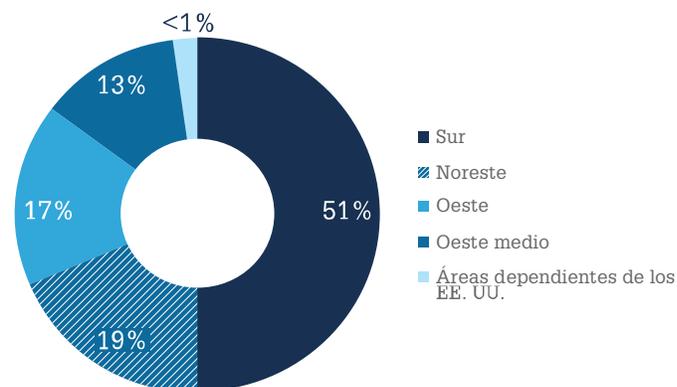
DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES POR EL VIH POR CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN - 2013



DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES POR EL VIH POR EDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO - 2013



DIAGNÓSTICOS DE INFECCIONES POR EL VIH POR REGIÓN - 2013



Si bien no representan una gran parte del número general de personas con infección por el VIH, la prevalencia de la infección por el VIH es alta entre las mujeres transexuales. Algunos estudios han determinado que un 30 por ciento de las personas transexuales tienen infección por el VIH.²² Históricamente, los trabajos centrados en esta población han sido limitados, especialmente aquellos para las mujeres transexuales de color. El gobierno federal ha perfeccionado esas gestiones desde 2010 pero debe mantenerse en alerta para profundizar los conocimientos e incrementar la ayuda y las intervenciones apropiadas para esta población.

Es importante observar la superposición de los grupos demográficos anteriores. Por ejemplo, muchos hombres homosexuales y bisexuales con VIH o riesgo de contraerlo también son negros, y muchas mujeres y hombres negros con VIH también pueden tener problemas de uso de sustancias. Otro factor intersectorial es la edad; hay una carga notable de VIH entre los jóvenes de 13 a 24 años de edad, principalmente entre los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes.²³

Dentro de estos grupos existen otras cuestiones que se tienen en cuenta a la hora de prestar servicios de prevención. Algunos hombres que tienen sexo con hombres no se identifican como “homosexuales”, “bisexuales” o “amantes del mismo sexo”. Muchos adolescentes y otros jóvenes atraviesan períodos de fluidez sexual, lo cual puede complicar la focalización de los programas, recursos y servicios. Puede ser difícil llegar a algunas subpoblaciones, como los integrantes de la comunidad House and Ball Community, con los mensajes y las gestiones de prevención tradicionales; no obstante, esta población sigue necesitando gestiones de prevención intencionales, respetuosas de su cultura y basadas en la zona. Además, los diferentes factores biológicos, psicológicos y culturales entre los hombres y las mujeres contribuyen al aumento de la vulnerabilidad de las mujeres a la infección e influyen en el éxito para alcanzar la supresión viral. Negociar prácticas sexuales más seguras probablemente sea especialmente difícil para las mujeres que pueden ser vulnerables a la VCI, o que pueden depender económicamente de los hombres. Dadas las disparidades en los índices de infección entre las mujeres negras y latinas cuando se las compara con las mujeres blancas, también es importante considerar los factores que las colocan en una posición de mayor riesgo de contraer la infección.

Incluso cuando las personas que integran estos grupos no exhiben conductas de mayor riesgo que otras, aun así es más probable que se infecten con el VIH debido a la gran cantidad de personas con infección por el VIH en sus comunidades.²⁴ En consecuencia, toda instancia de comportamiento de riesgo conlleva muchas más probabilidades de infección que en otras comunidades con menos casos de VIH.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la respuesta apropiada al VIH en los grupos que representan un pequeño sector de la población y de las infecciones por el VIH. Si bien es fundamental centrarse en las gestiones nacionales en las comunidades con la carga más alta, se debe seguir apoyando la prevención del VIH en las localidades con concentraciones de grupos como asiáticos-americanos, de otras islas del Pacífico e indígenas americanos/nativos de Alaska, y se debe contar con la mejor información disponible.^{25,26}

De manera similar, se requiere permanecer alerta en el control de las infecciones donde las tendencias muestran disminuciones en el VIH, como entre las mujeres y las personas que se inyectan drogas.¹⁰ Durante 2015, el estado de Indiana tuvo un brote de infección por el VIH, que en gran parte se atribuyó a la inyección de medicamentos recetados.²⁷ Los niveles de financiación deben ser adecuados para ofrecer estrategias de prevención de máximo impacto con el fin de mantener bajos niveles de transmisión y detectar los brotes en estas poblaciones cuando se producen.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para intensificar las gestiones de prevención del VIH en las comunidades donde se presentan las concentraciones más elevadas de VIH, se deben implementar las siguientes medidas:

1.A.1	Asignar los fondos públicos de conformidad con la distribución geográfica de la epidemia.	<ul style="list-style-type: none"> Los gobiernos de todos los niveles deben garantizar que los fondos para la prevención del VIH se asignen a los beneficiarios de conformidad con los datos epidemiológicos más recientes de manera tal que los fondos lleguen a las áreas con la carga más alta de la enfermedad.
1.A.2	Concentrarse en las poblaciones de alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> Los organismos federales deben garantizar que los fondos para los departamentos de salud estatales y locales y las organizaciones comunitarias se asignen de acuerdo con el perfil epidemiológico de la jurisdicción y, por consiguiente, se dirijan a las poblaciones de alto riesgo.
1.A.3	Mantener las gestiones de prevención del VIH en las poblaciones en riesgo pero con baja carga de VIH a nivel nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Los organismos federales, estatales, tribales y locales deben optimizar el uso de los datos de vigilancia y otra información apropiada, incluido el proceso continuo de la atención del VIH, a fin de caracterizar la carga de la enfermedad y aplicar estrategias de prevención de alto impacto para poblaciones como asiáticos-americanos, nativos de Hawái y de otras islas del Pacífico, indígenas americanos y nativos de Alaska.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 1.B

Expandir las iniciativas para prevenir la infección por el VIH con una combinación de enfoques fundamentados en evidencia eficaces.

La epidemia de VIH ha dejado en claro que diversas estrategias combinadas son esenciales para poner freno a las nuevas infecciones por el VIH. El empleo simultáneo, la adaptación y el direccionamiento adecuado de diversos métodos comprobados científicamente tendrán mayor impacto que una sola estrategia. Otros trabajos de investigación también pueden ayudar a identificar nuevas estrategias de prevención y los enfoques más eficaces en función de los costos para prevenir nuevas infecciones por el VIH. Los proyectos de demostración, como aquellos respaldados por la SMAIF, también son fundamentales para la implementación de enfoques multisectoriales de gran escala para la prevención y la atención del VIH.²⁸ Es prioritario ofrecer y financiar el desarrollo de capacidad, capacitación y asistencia técnica basadas en los resultados para asegurar la implementación satisfactoria de programas eficaces.

Las iniciativas de atención y tratamiento para las personas que viven con el VIH también son decisivas a la hora de reducir las nuevas infecciones por el VIH. Es fundamental garantizar que todas las personas que viven con el VIH conozcan su situación con respecto al VIH y se las vincule y mantenga con una atención de alta calidad que promueva la observancia de la terapia antirretroviral, de acuerdo con las normas de la práctica clínica vigentes.²⁹ Se calcula que más del 90 por ciento de las nuevas infecciones por el VIH en los Estados Unidos se podrían evitar mediante el diagnóstico de las personas que viven con el VIH y asegurando que reciban atención y tratamiento en forma oportuna y continua.³⁰ Estas medidas reducirán el riesgo de transmisión del VIH, así como también mejorarán los resultados de salud para las personas que viven con el VIH. Los beneficios del tratamiento temprano, unidos a la alta proporción de diagnósticos de VIH en estadio avanzado, le confieren más urgencia a la necesidad de diagnóstico y tratamiento tempranos.^{2,10} Además del tratamiento, todas las personas que reciben un diagnóstico de VIH deben recibir asistencia para notificar a sus parejas sexuales y compañeros de uso de drogas recientes sobre la necesidad de realizarse una prueba de VIH; tener acceso a intervenciones conductuales y biomédicas con capacidad demostrada para reducir sostenidamente las probabilidades de transmisión del VIH a los demás y reducir la adquisición de otras enfermedades de transmisión sexual; y ser identificadas y vinculadas para recibir otros servicios médicos y sociales que apoyan a las personas en la reducción del riesgo de contagio.³¹

De conformidad con las pautas, las personas VIH negativas con alto riesgo de infección por el VIH deben realizarse como mínimo pruebas anuales para detectar el VIH e ITS y pruebas de detección de infecciones por el virus de la hepatitis B y la hepatitis C, depresión y antecedentes de VCI.³²⁻³⁷ Los CDC recomiendan la realización de pruebas de detección de ITS entre los HSH en riesgo cada 3-6 meses.³³ También deben tener acceso a intervenciones conductuales y biomédicas comprobadas científicamente y eficaces que reducen las probabilidades de adquisición del VIH. Además, se debe identificar a las personas con alto riesgo de infección por el VIH y deben recibir otros servicios médicos y sociales que reducen el riesgo de adquisición del VIH, como servicios para el uso de sustancias, salud mental y VCI, así como asistencia para la vivienda, la educación y el empleo.

Abstenerse de mantener relaciones sexuales y abusar de sustancias elimina el riesgo de infección por el VIH por las vías de transmisión sexual o por inyección. Si y cuando las personas tienen actividad sexual, otros enfoques pueden reducir el riesgo de adquisición del VIH. La figura 2 muestra enfoques biomédicos y conductuales comprobados científicamente que reducen las probabilidades de adquisición y transmisión del VIH:

FIGURA 2: Reducción del riesgo de transmisión y adquisición del VIH

PRUEBAS DEL VIH

Se ha demostrado que las **personas que dan positivo en la prueba del VIH toman medidas para evitar que los demás queden expuestos al virus**.³⁸ Las personas que no conocen su situación con respecto al VIH se pierden los beneficios del tratamiento y pueden exponer involuntariamente a los demás al VIH. Las tecnologías para realizar pruebas del VIH y los algoritmos de diagnóstico más nuevos pueden aumentar la capacidad para detectar antes la infección por el VIH, incluida la infección aguda por el VIH.³⁹

PrEP y PEP

La PrEP utiliza los mismos medicamentos que mantienen el virus bajo control en las personas que están infectadas con el VIH para impedir la adquisición del VIH en quienes pueden estar expuestos. **Los estudios han demostrado un 90 por ciento de eficacia y más de la PrEP en la prevención de la infección por el VIH cuando se la utiliza regularmente**. Las pautas para la práctica clínica del Servicio de Salud Pública de los EE. UU. se publicaron en 2014 para ayudar a los médicos clínicos a ofrecer la PrEP y los servicios asociados a los pacientes con riesgo considerable de contraer la infección por el VIH.⁴⁰ También hay medicamentos específicos para el VIH (PEP) que una persona puede tomar inmediatamente después de estar expuesta al VIH que pueden reducir el riesgo de infección por el VIH.⁴¹

PREVENCIÓN CON LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Existen estrategias eficaces que ayudan a las personas que viven con el VIH a evitar transmitir el VIH. Las **Pautas para la prevención con las personas que viven con el VIH recomiendan 11 estrategias para reducir las probabilidades de transmisión del VIH**.³¹

TRATAMIENTO DEL VIH COMO PREVENCIÓN

Además de beneficiar su propia salud y longevidad, las personas que viven con el VIH, cumplen estrictamente con su terapia antirretroviral y han suprimido la carga viral pueden **reducir un 96 por ciento el riesgo de transmisión sexual del VIH**.¹ La terapia antirretroviral para las mujeres embarazadas con VIH también reduce drásticamente el riesgo de transmisión durante el embarazo y el parto.⁴²

USO DE PRESERVATIVOS

El uso de preservativos es uno de los métodos más efectivos para reducir el riesgo de infección por el VIH durante la relación sexual. Se calcula que el uso correcto y sistemático de preservativos para hombres **reduce un 70-80 por ciento el riesgo de transmisión del VIH**.^{43, 44}

ACCESO A AGUJAS Y JERINGAS ESTÉRILES

Entre las personas que se inyectan drogas, compartir agujas y otros elementos que se utilizan para consumir drogas aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión por sangre, como las infecciones por el virus de la hepatitis. **La entrega de jeringas y otros equipos para inyectar nuevos y estériles a las personas que se inyectan drogas debe formar parte de una estrategia integral para la prevención del VIH**. Los estudios han demostrado que estos programas reducen considerablemente el riesgo de infección por el VIH, aumentan la vinculación con el tratamiento para el consumo de drogas y **no incrementan el uso de drogas**.⁴⁵

Se deben priorizar las intervenciones conductuales que han demostrado ser altamente eficaces para reducir el riesgo de VIH con el costo más bajo y se deben ofrecer junto con otras estrategias eficaces que se enumeran más arriba.⁴⁶ Las intervenciones conductuales que apoyan especialmente el compromiso con la atención y la observancia del tratamiento y que permiten que las personas cumplan satisfactoriamente con la PrEP o la profilaxis posterior a la exposición (PEP) son componentes fundamentales del uso eficaz de estas intervenciones biomédicas.⁴⁷

Se necesitan modelos de atención para ofrecer una evaluación integral y la vinculación apropiada a la atención para los diversos factores asociados al VIH —como ITS, uso de sustancias, salud mental y VCI. Por ejemplo, se diagnostican muchas nuevas infecciones por el VIH en muchas clínicas especializadas en enfermedades de transmisión sexual (ETS) y alrededor de uno de cada diez hombres homosexuales y bisexuales con sífilis o gonorrea rectal contrae el VIH un año después del diagnóstico de ETS.³² También se ha ofrecido la PrEP a través de clínicas especializadas en ETS en algunas jurisdicciones. Los modelos de atención que incluyen pruebas de detección de rutina, servicios para la pareja y provisión de PrEP pueden ser altamente eficaces para prevenir el VIH, así como para la prevención y el tratamiento de las ETS.

También se deben tener en cuenta los modelos de financiación para las estrategias de prevención. Uno de esos modelos incluye la implementación de programas de pruebas del VIH sostenibles que implican facturarle al seguro o a Medicaid las pruebas realizadas en las clínicas de los departamentos de salud y otros entornos sanitarios (por ej., departamentos de emergencias, centros de salud). La integración de las pruebas del VIH al flujo de la práctica diaria en las clínicas y hospitales es necesaria para implementar prácticas de realización de pruebas sustentables que no solo dependan de los recursos de los programas. Otro tipo de modelo de financiación son las asociaciones público-privadas, que normalmente se utilizan en acuerdos para incrementar la prestación de servicios públicos a través de la colaboración con el sector privado aprovechando los recursos de ambos. Con acuerdos basados en un conjunto de objetivos compartidos, estas asociaciones pueden potenciar la respuesta gubernamental a la prevención y atención del VIH. Otro modelo son los programas de asistencia para los medicamentos de la PrEP, que operan de manera similar a los Programas de Asistencia para los Medicamentos contra el SIDA. Las experiencias con estos modelos en el estado de Nueva York y el estado de Washington pueden ser viables para aplicar en otras jurisdicciones, ya que buscan aumentar el acceso a los programas de PrEP.

Las prioridades de investigación para la PrEP incluyen el desarrollo de agentes de liberación sostenida y sistemas de administración, como inyecciones o anillos vaginales, para mitigar los problemas con los bajos niveles de observancia de los regímenes de píldoras diarias y mejorar la administración de los fármacos en los lugares de transmisión. Se necesita llevar adelante trabajos de investigación sobre la implementación con el fin de promover la adopción de modelos de programas eficaces de manera tal que la PrEP se pueda incorporar a la atención médica de rutina y se pueda mejorar la calidad y eficacia de la atención sanitaria de quienes tienen un alto riesgo de contraer la infección por el VIH. También se necesita investigar para identificar las intervenciones estructurales que son eficaces a la hora de reducir nuevas infecciones, así como abordar el estigma relacionado con el VIH y las disparidades en los índices de infección por el VIH.

Se deben priorizar las inversiones para lograr el máximo impacto. Es necesario realizar evaluaciones económicas de las estrategias de prevención del VIH, que incluyen análisis del costo-beneficio de las intervenciones simples y combinadas para la prevención del VIH, para ofrecer a las partes interesadas herramientas que les permitan establecer prioridades y medir el impacto para las poblaciones de alto riesgo. Los modelos de asignación de recursos son necesarios para identificar la asignación óptima de fondos para la prevención entre las poblaciones y los programas, y así potenciar al máximo el impacto de la atención y la prevención del VIH en el ámbito local y nacional.⁴⁸ Los estudios y la investigación sobre el costo-beneficio para desarrollar e implementar modelos de asignación de recursos son necesarios para garantizar que esas herramientas estén disponibles y sean relevantes para los niveles estatales, tribales y locales.

Los enfoques actuales para prevenir el VIH se deben complementar con las investigaciones sobre métodos de prevención nuevos e innovadores que puedan tener un impacto a largo plazo. Las vacunas y microbicidas son dos tratamientos biomédicos promisorios, pero todavía no se dispone de vacunas y microbicidas seguros y eficaces, y se deben prolongar las inversiones en investigación para producir vacunas, así como microbicidas vaginales y rectales, eficaces.

Otra gran prioridad es la investigación para la cura, que se centra en el desarrollo de estrategias para eliminar los reservorios de virus, o lugares del organismo donde se oculta el VIH, para lograr la remisión de por vida de la infección por el VIH. La investigación destinada a encontrar una cura tiene una prioridad alta debido a los riesgos permanentes de complicaciones clínicas con el uso de la terapia antirretroviral, los efectos secundarios de los fármacos y porque la necesidad de una terapia de por vida es en sí una carga pesada para las personas que viven con el VIH.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para ampliar las gestiones de prevención de la infección por el VIH con una combinación de enfoques fundamentados en evidencia eficaces, se deben implementar las siguientes medidas:

<p>1.B.1 Diseñar y evaluar estrategias de prevención innovadoras y enfoques combinados para prevenir la infección por el VIH en las poblaciones y comunidades de alto riesgo, y priorizar y fomentar la investigación para llenar las lagunas existentes en la ciencia de la prevención del VIH entre las poblaciones y comunidades de más alto riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos gubernamentales deben financiar la investigación para la implementación y los proyectos de demostración con el fin de identificar y adaptar los enfoques de prevención que sean eficaces en función de los costos, tengan el máximo impacto en la reducción de nuevas infecciones y potencien al máximo la inversión de los fondos para la prevención del VIH. • La continuidad del apoyo es esencial para la investigación básica y aplicada que constituye la base para las herramientas, los programas y los servicios de prevención, incluido el desarrollo de otros métodos de prevención controlados por la mujer (por ej., píldoras, anillos, geles o inyectables).
<p>1.B.2 Respaldar y reforzar la detección integrada y centrada en el paciente del VIH y otras áreas relacionadas (ITS, uso de sustancias, salud mental, VCI, infecciones por el virus de la hepatitis) y su vinculación con los servicios básicos (vivienda, educación, empleo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales de la atención sanitaria deben asegurarse de que los servicios avalados por el USPSTF en un nivel A o B se implementen íntegramente para las personas que viven con el VIH y aquellas en riesgo. • Los programas de prevención y atención deben ayudar a las personas a acceder y explorar los complejos programas de asistencia para los medicamentos que ayudan a pagar estos servicios. • Los organismos federales deben tener en cuenta trabajos adicionales para apoyar los servicios de asistencia para la vivienda y de otro tipo —como transporte, cuidado de niños y nutrición— que pueden permitir que las personas que corren riesgo de contraer el VIH apoyen iniciativas para la reducción del riesgo, incluida la observancia de la PrEP.
<p>1.B.3 Ampliar el acceso a servicios de prevención eficaces, incluida la PrEP y la PEP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los fondos federales deben respaldar —y los gobiernos estatales, tribales y locales deben alentar— la adaptación y la ampliación del acceso a servicios eficaces para la prevención del VIH que optimicen las inversiones y tengan el máximo potencial de impacto en las poblaciones de alto riesgo. • Los organismos federales y locales deben incrementar la toma de conciencia con respecto a la PrEP y la PEP entre las personas con riesgo de infección por el VIH, educar y capacitar a los proveedores de atención sanitaria e identificar mecanismos para garantizar el acceso a la PrEP y la PEP para las personas que obtienen mayor beneficio, incluido el uso de fondos para la prevención. • De conformidad con las leyes federales, estatales y locales, las comunidades deben entregar jeringas y otros equipos para inyectar nuevos y estériles a las personas que se inyectan drogas y garantizar el acceso a terapias asistidas con fármacos para las personas adictas a los opiáceos.
<p>1.B.4 Incrementar la prevención en las personas que viven con el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores de atención sanitaria deben garantizar una rápida vinculación a la atención en el momento del diagnóstico del VIH, y servicios permanentes para respaldar la retención de pacientes y el acceso a intervenciones que aborden la reducción de los riesgos relacionados con el sexo y el uso de sustancias.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 1.C

Educar a todos los estadounidenses con información de fácil acceso y desde el punto de vista científico sobre los riesgos, la prevención y la transmisión del VIH.

La epidemia del VIH ha dejado en claro que varias estrategias combinadas son fundamentales para poner freno a las nuevas infecciones por el VIH. El uso simultáneo, la adaptación y el direccionamiento apropiado de diversos métodos comprobados científicamente tendrán un mayor impacto que cualquier estrategia sola. Otros trabajos de investigación adicionales también pueden ayudar a identificar nuevas estrategias de prevención y los enfoques y combinaciones de enfoques más eficaces en función de los costos para prevenir nuevas infecciones por el VIH. Los proyectos de demostración, como los que respalda el SMAIF, también son fundamentales para la implementación de enfoques multisectoriales a gran escala para la prevención y la atención del VIH.²⁸ Es prioritario ofrecer y financiar el desarrollo de capacidad, capacitación y asistencia técnica impulsados por los resultados para garantizar la implementación exitosa de programas eficaces.

Lograr la erradicación de la epidemia de VIH exige un apoyo público generalizado para mantener una gestión a largo plazo, que se basa en que todos los estadounidenses tengan acceso a un conjunto de información común sobre la actual epidemia de VIH. Esto incluye saber cómo se transmite y previene el VIH. La actual era de la prevención del VIH se caracteriza por una ciencia de rápida evolución sobre la eficacia de una serie de métodos de prevención. Las personas tienen más opciones de prevención y herramientas digitales más precisas y de fácil acceso, lo cual hace que la necesidad de información clara para guiar las decisiones complejas sea más urgente.

La concienciación y la educación sobre el VIH se deben integrar universalmente en todos los entornos educativos y todas las iniciativas de salud y bienestar. Todos los profesionales de la salud y el bienestar (guías de salud, especialistas en captación, médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud) deben recibir formación sobre el VIH, especialmente en los programas para las comunidades marginadas, y deben estar equipados para enseñar contenido apropiado desde el punto de vista cultural e inclusivo para personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales (*lesbian, gay, bisexual, and transgender*, LGBT). El eje de la educación y la labor de concienciación es profundizar el entendimiento individual de la infección por el VIH, los factores de riesgo relacionados con el VIH y la reducción del riesgo, y reducir la discriminación y el estigma relacionados con el VIH.

Es importante educar a los estadounidenses sobre las vías de transmisión del VIH. Una encuesta de Kaiser Family Foundation de 2012 determinó que uno de cada tres estadounidenses creía que el VIH se podía transmitir por compartir un vaso, tocar el asiento de un inodoro o nadar en una piscina con alguien que fuera VIH positivo.⁹ Sorprendentemente, el porcentaje del público estadounidense que sostiene estas percepciones erróneas no ha cambiado desde 1987. Entre los hombres homosexuales y bisexuales, una encuesta de Kaiser Family Foundation de 2014 exhibió que muchos no sabían que la cantidad de infecciones por el VIH está aumentando en su comunidad, y pocos tenían conocimiento de la existencia de la PrEP o de que es una opción para las prácticas de prevención del VIH.⁴⁹

Educar al público con respecto al VIH no es simplemente tarea de los gobiernos o las escuelas. Durante las últimas tres décadas, las comunidades han asumido la responsabilidad de educar a las personas de su área sobre cómo se transmite y no se transmite el VIH, y cómo utilizar satisfactoriamente las herramientas de prevención, mediante el uso de métodos desestigmatizantes y culturalmente apropiados. Especialmente en aquellos lugares donde no es viable la actuación de los gobiernos estatales, tribales, locales y federal, sigue siendo incumbencia de las organizaciones comunitarias, los líderes religiosos, las organizaciones afiliadas, las asociaciones nacionales, las asociaciones de comercio y las redes de pares ofrecer materiales educativos, capacitación y herramientas digitales para las necesidades específicas de su comunidad.

También se necesita una educación más amplia sobre el VIH entre las generaciones. Uno de cada cinco diagnósticos de VIH en 2013 fue entre personas de 13 a 24 años de edad, y el 10 por ciento de los nuevos

diagnósticos de VIH en 2013 se dio en personas de 55 años de edad y mayores.¹⁰ Se requiere educación fundamentada en evidencia sostenida que recalque la información para alentar eficazmente a las personas de todas las generaciones a tomar medidas para reducir el riesgo de infección.

Educar a los jóvenes sobre el VIH antes de que comiencen a tener conductas que los coloquen en riesgo de contraer la infección por el VIH debe ser prioridad. Sin dudas, es responsabilidad de los padres inculcar los valores y brindar la base moral y ética a sus hijos. Los padres deben estar dotados de información y técnicas para comunicarse eficazmente con sus hijos sobre la salud sexual y el uso de sustancias. También se debe reconocer la diversidad de las estructuras familiares —que incluyen hogares de guarda, familias adoptivas, familias de un solo progenitor y otras familias escogidas— para asegurar el acceso a estos recursos de comunicación. Los jóvenes, independientemente de sus circunstancias, necesitan espacios para acceder a información precisa para su propia salud. Asimismo, las escuelas desempeñan un papel fundamental a la hora de brindar información actualizada y precisa sobre los aspectos biológicos y científicos de la educación para la salud. Es esencial propiciar entornos de aprendizaje que sean seguros, inclusivos y desestigmatizantes y, al mismo tiempo, ofrecer acceso a una base de información sobre la salud cimentada en los beneficios de la abstinencia y la demora o limitación de la actividad sexual, y garantizar que los jóvenes sexualmente activos dispongan de la información y las herramientas que necesitan para prevenir las infecciones.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para educar a todos los estadounidenses con información de fácil acceso y precisa desde el punto de vista científico sobre los riesgos, la prevención y la transmisión del VIH, se deben implementar las siguientes medidas:

<p>1.C.1 Dar mensajes claros, coherentes y actualizados científicamente sobre los riesgos del VIH y las estrategias de prevención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El gobierno, las escuelas, los líderes espirituales, las asociaciones nacionales y las organizaciones comunitarias deben hacer que el público pueda acceder fácilmente a la información sobre los riesgos y las estrategias de prevención del VIH. La información se debe utilizar para crear y difundir campañas educativas, programas de prevención y herramientas para evaluar los riesgos.
<p>1.C.2 Utilizar campañas educativas y de marketing social fundamentadas en evidencia, y aprovechar las herramientas digitales y las nuevas tecnologías</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El sector público y el privado deben intensificar la divulgación y el compromiso a través de múltiples canales de medios para educar y atraer al público con respecto a las formas de transmisión y prevención del VIH. • Es fundamental utilizar herramientas digitales y las nuevas tecnologías, como los medios sociales y las aplicaciones móviles, para que los estadounidenses puedan acceder a información sobre el VIH de alta calidad en cualquier momento, en cualquier lugar y en cualquier dispositivo.
<p>1.C.3 Promover la educación en prevención del VIH y las ITS según la edad para todos los estadounidenses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos y las escuelas deben garantizar que los programas para los jóvenes sean adecuados para la edad y la etapa de desarrollo, y culturalmente apropiados, incluidos aquellos diseñados para los jóvenes LGBT. • Para influir en las políticas en el ámbito local, los integrantes de la comunidad interesados deben participar en los consejos de educación sexual de las juntas escolares locales.
<p>1.C.4 Ampliar el trabajo de divulgación pública, educación y prevención del VIH y cuestiones interrelacionadas, como la VCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La capacitación de la juventud con información científicamente precisa sobre su salud física y bienestar social y emocional debe seguir formando parte de un enfoque integral de los gobiernos, instituciones religiosas, escuelas y comunidades en la prevención y la respuesta al VIH y la violencia; la llegada a las mujeres negras y latinas debe ser prioridad.
<p>1.C.5 Abordar los conceptos erróneos, el estigma y la discriminación para derribar las barreras a la prevención, prueba y atención del VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El gobierno federal y los gobiernos estatales deben garantizar que las leyes penales federales y estatales reflejen la información científica vigente con respecto a la transmisión y la prevención del VIH. • Los organismos federales deben garantizar la aplicación de mensajes de derechos civiles contra el estigma en los documentos y programas federales, y deben asegurarse de que se incorporen a sus campañas mensajes sobre las protecciones contra la discriminación y los derechos de privacidad para la información sobre la salud.

OBJETIVO 2: INCREMENTAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN Y OPTIMIZAR LOS RESULTADOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

LA OPORTUNIDAD

La única manera de que los resultados de salud para las personas que viven con el VIH mejoren es centrar la atención en el tratamiento y la atención. Esto exige seguir concentrándose en el proceso continuo de la atención del VIH, garantizar la capacidad del personal y los sistemas sanitarios y respaldar una atención integral coordinada para las personas que viven con el VIH. La nación ha sido testigo de un enorme progreso en esta área, en gran parte debido a los avances científicos y el aumento paulatino de la prestación de servicios.

Las actividades que han contribuido al éxito de la atención y el tratamiento del VIH incluyen:

- Disponibilidad de **terapias antirretrovirales altamente eficaces** que redujeron drásticamente el índice de mortalidad entre las personas con infección por el VIH.
- Apoyo bipartidario constante para el **Programa de VIH/SIDA Ryan White (RWHAP)**, que trabaja con las ciudades, los estados y las organizaciones comunitarias para ofrecer un sistema de atención integral, asume un enfoque de salud pública para brindar atención médica y servicios de apoyo esenciales a personas que viven con el VIH que no cuentan con cobertura de atención médica o recursos económicos suficientes para afrontar la enfermedad del VIH, y proporciona cobertura de salud universal a más de 500 000 personas que viven con el VIH.
- Apoyo bipartidario constante para el programa **Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (Housing Opportunities for Persons With AIDS, HOPWA)**, a través del cual el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (*Department of Housing and Urban Development, HUD*) concede subvenciones a las comunidades locales, estados y organizaciones sin fines de lucro para proyectos solidarios de vivienda que benefician a personas que viven con el VIH/SIDA de bajos ingresos y sus familias.
- Promulgación de la **Ley de Cuidado de Salud Asequible**, que puso en práctica reformas para mejorar la cobertura de salud asequible y proteger a los consumidores contra prácticas abusivas de las compañías de seguro.

Desde la entrada en vigencia de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, ha habido avances científicos pioneros, cambios importantes en las políticas. Los hitos de este período incluyen:

- **Datos científicos irrefutables de los beneficios** del tratamiento temprano del estudio START, que demostraron que el inicio temprano del tratamiento antirretroviral reduce significativamente el riesgo de que las personas que viven con el VIH presenten SIDA u otras enfermedades graves, y del estudio HPTN 052, que demostraron que el tratamiento antirretroviral reduce el riesgo de transmisión del VIH a parejas no infectadas. Esta investigación avala cambios en las pautas de tratamiento que recomiendan iniciar la terapia antirretroviral para todas las personas con diagnóstico de infección por el VIH.^{1,2}
- Mayor atención en el **proceso continuo de la atención del VIH** para controlar el progreso en la prevención, la atención y el tratamiento del VIH y el decreto relacionado que establece la Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH, que concentra los recursos federales en el diagnóstico, la vinculación al tratamiento, la retención, la observancia y la supresión viral.^{50, 51}
- Aplicación general de la **Ley de Cuidado de Salud Asequible**, que se traduce en un incremento de la cobertura de atención médica, imposibilidad de denegar cobertura para afecciones preexistentes y cobertura de atención preventiva que incluye las pruebas del VIH.

Para continuar con este progreso y alcanzar el objetivo de aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH, se deben abordar las siguientes dificultades:

- En el ámbito nacional, muy pocas personas que viven con el VIH siguen recibiendo atención o han logrado la supresión viral, especialmente la juventud.⁸
- Si bien miles de personas que viven con el VIH se han beneficiado con las reformas de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, el costo compartido (por ej., copagos, deducibles) de algunos planes hace que la atención quede fuera del alcance muchos.
- Los cambios en el personal que se encarga del VIH y las maneras de prestar atención aumentan la necesidad de repensar los modelos de la práctica y la forma de impartir capacitación y formación, incluida la competencia cultural para servir mejor a los clientes en función de su raza/etnia, sexo e identidad de género, orientación sexual o contextos socioeconómicos.
- Los investigadores han documentado varias barreras para el compromiso con la atención de las mujeres con VIH, incluido alrededor del 30 por ciento de mujeres con VIH que actualmente sufren el trastorno por estrés postraumático.^{52, 53}
- Muchas personas que viven con el VIH tienen otras condiciones concurrentes, como el uso de sustancias y trastornos de salud mental, falta de hogar, otras enfermedades infecciosas como las ITS o la hepatitis viral, y afecciones crónicas que hacen más difícil el compromiso con la atención del VIH y la observancia del tratamiento.
- Las barreras físicas para la atención, como el acceso al transporte, todavía impiden que muchos accedan a servicios médicos y de otro tipo, especialmente en las áreas rurales.

La Ley de Cuidado de Salud Asequible ha fortalecido el sistema sanitario y ampliado la cobertura de atención médica a más de 16 millones de estadounidenses, incluidas miles de personas que viven con el VIH. Un análisis del impacto de la Ley de Cuidado de Salud Asequible en las personas que viven con el VIH calculó que de 70 000 personas que viven con el VIH que no tenían seguro en 2009, aproximadamente 47 000 ahora tendrían derecho a Medicaid si todos los estados ampliaran sus programas de Medicaid y casi 23 000 reunirían los requisitos para cobertura privada subsidiada en el mercado de seguros de salud.⁵⁴ En efecto, las evaluaciones preliminares sugieren que las ampliaciones del seguro de salud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, a través de Medicaid y del mercado, ya desempeñan un papel importante en la vida de muchas personas que viven con el VIH que informan haber conseguido cobertura nueva y acceso a los servicios necesarios.⁵⁵

Sin embargo e incluso con las reformas de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, el RWHAP sigue siendo fundamental para respaldar un sistema de atención integral, que adopta un enfoque de salud pública para mejorar los resultados de salud. El RWHAP continúa siendo una fuente decisiva de atención y tratamiento para las personas que viven con el VIH que siguen sin tener derecho a la cobertura de atención médica. Aquellas personas que tienen cobertura pero tienen vacíos u otras barreras dependen del RWHAP para recibir asistencia con las primas y los costos compartidos de manera tal que el costo no se convierta en una barrera a la

continuidad de la atención del VIH. El acceso a tratamiento puede ser difícil como consecuencia del alto costo de la atención, que hace de los servicios de cobertura de atención médica o del RWHAP una necesidad. En promedio, la terapia para el VIH cuesta aproximadamente \$25 000 por año, y los medicamentos son solo una parte de las necesidades de atención de la salud totales de una persona; el costo de por vida de tratar a una persona con infección por el VIH se estima de \$250 000 a \$400 000.^{56, 57}

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA es otro componente crucial del RWHAP destinado a apuntalar a quienes necesitan ayuda económica para los medicamentos. Por último, el RWHAP es fundamental para acceder a los servicios necesarios para el VIH que no cubre el seguro. El RWHAP afecta a las vidas de casi la mitad de todas las personas que viven con el VIH en los Estados Unidos, y secunda al sistema sanitario para alcanzar índices más elevados de supresión viral sostenida del VIH. Esto no solo mejora los resultados de salud de las personas que viven con el VIH, sino que también contribuye al beneficio de salud pública de ayudar a prevenir la transmisión del VIH.

Las personas que viven con el VIH también pueden enfrentar otros desafíos importantes. Muchas personas que viven con el VIH tienen condiciones concurrentes, como enfermedades cardíacas, depresión u otros problemas de salud mental, o trastornos por uso de sustancias, así como otras ITS e infecciones por el virus de la hepatitis.⁵⁸ Además, la pobreza; el desempleo; la violencia del compañero íntimo; la inestabilidad de vivienda, como falta de hogar; el hambre; la ausencia de acceso al transporte; y otros problemas pueden impedir que las personas tengan acceso a la atención sanitaria. También existen diferencias en el acceso a la atención sanitaria y los resultados de los tratamientos en virtud de la raza/etnia, sexo, edad y geografía. Es fundamental continuar con las investigaciones para desarrollar tratamientos y regímenes farmacológicos más seguros, menos costosos y más eficaces, así como evaluar nuevas maneras de satisfacer la necesidad de tratamiento del VIH y, al mismo tiempo, responder a las condiciones concurrentes u otras barreras para la atención.

Abordar estos problemas solapados exige la ampliación de los enfoques para conectar a las personas con los servicios y hacer que sigan recibiendo atención, lo cual facilita el logro de una salud más holística. Es necesario desarrollar nuevos modelos de atención, especialmente aquellos que integran la prevención, la atención y los servicios de apoyo para el VIH.

RESUMEN DE PASOS

Es fundamental concentrarse en una gestión nacional concertada para comprometer a las personas que viven con el VIH con la atención. Los pasos siguientes son críticos para tener éxito:

PASO 2.A

Establecer sistemas integrados para vincular a las personas con atención clínica inmediatamente después del diagnóstico, y apoyar la retención de pacientes para conseguir la supresión viral y así maximizar los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de contagio.

PASO 2.B

Tomar medidas deliberadas para aumentar la capacidad de los sistemas y la cantidad y diversidad de los proveedores de atención clínica y servicios relacionados disponibles para las personas que viven con el VIH.

PASO 2.C

Apoyar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente para las personas que viven con el VIH, que incluye atender las condiciones concurrentes relacionadas con el VIH y la problemática de satisfacer las necesidades básicas, como la vivienda.

INDICADORES DE PROGRESO

El trabajo conjunto en estos pasos fundamentales apunta a cumplir con los siguientes objetivos para 2020:



INDICADOR 4

Aumentar el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH dentro de un mes de recibido el diagnóstico de VIH al **85 por ciento** como mínimo.



INDICADOR 5

Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retienen en la atención médica del VIH al **90 por ciento** como mínimo.



INDICADOR 6

Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que lograron la supresión viral al **80 por ciento** como mínimo..



INDICADOR 7

Reducir el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más del **5 por ciento**.



INDICADOR 8

Reducir el índice de mortalidad entre las personas con diagnóstico de infección por el VIH el **33 por ciento** como mínimo.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 2.A

Establecer sistemas integrados para vincular a las personas con la atención inmediatamente después del diagnóstico, y apoyar la retención de pacientes para conseguir la supresión viral y así potenciar al máximo los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de contagio.

El logro de resultados de salud óptimos exige que se identifique a las personas muy poco después de contraer la infección por el VIH y que existan sistemas para vincularlas a la atención de inmediato. Esto es especialmente importante dado que aproximadamente 156 300 personas no saben que tienen el VIH y, por consiguiente, no reciben atención médica regular para controlar la enfermedad.⁸ Las pautas actuales para el tratamiento del VIH destacan que los medicamentos para el VIH benefician a todas las personas con diagnóstico de VIH, lo cual subraya los beneficios de la detección temprana.²⁹ Las tecnologías para realizar pruebas del VIH y los algoritmos de diagnóstico de laboratorio más nuevos permiten detectar más temprano el VIH, incluido el diagnóstico de la infección aguda por el VIH, y pueden ayudar a mejorar los resultados de salud y reducir la transmisión.³⁹

El USPSTF recomienda que los médicos clínicos realicen pruebas de detección de la infección por el VIH a todos los adolescentes y adultos de 15 a 65 años de edad, y ofrezcan la repetición de las pruebas a quienes tienen más riesgo.³² Las personas que reciben un diagnóstico de infección por el VIH necesitan que se las conecte con la atención clínica, los servicios de prevención y los servicios de apoyo apropiados. Es fundamental ofrecer la coordinación de esa vinculación cuándo y dónde se brindan los servicios de detección del VIH para ayudar a superar las barreras a la obtención de atención lo antes posible después del diagnóstico. Dados los beneficios del tratamiento temprano, algunas clínicas han adoptado programas que vinculan a las personas con la atención el mismo día o en unos días; estos programas pueden ser particularmente eficaces cuando se implementan para las personas con diagnóstico de infección aguda.⁵⁹

La integración de los servicios de tratamiento del VIH con otros servicios a los que acceden las personas con VIH puede mejorar el diagnóstico y el tratamiento para las condiciones concurrentes como las ITS, la hepatitis viral, el abuso de sustancias o los trastornos de la salud mental.⁶⁰ Por ejemplo, la SAMHSA ha respaldado la integración a través del emplazamiento conjunto de servicios de prevención y atención del VIH con programas de tratamiento para el abuso de sustancias y programas comunitarios de salud mental.⁶¹ La integración de los servicios es un elemento importante de una estrategia para satisfacer mejor las necesidades de prevención y atención del VIH de las personas que viven en áreas rurales o con recursos insuficientes. También permite que los proveedores adopten un enfoque más holístico para la salud, en lugar de concentrarse exclusivamente en el VIH. Algunas de las mismas conductas que previenen la infección por el VIH también impedirán el contagio de las ITS y las infecciones por el virus de la hepatitis.

Cabe señalar que la vinculación a la atención no es suficiente: quienes reciben atención deben contar con apoyo para seguir recibiendo con el tiempo. Muchos de los enfoques para la vinculación a la atención se pueden prolongar para respaldar la retención en la atención. Puede ser necesario ayudar a las personas a inscribirse y explorar la cobertura de atención médica o los programas de asistencia médica que ofrecen atención del VIH o cubren los costos de la atención y el tratamiento para apuntalar la retención en la atención.

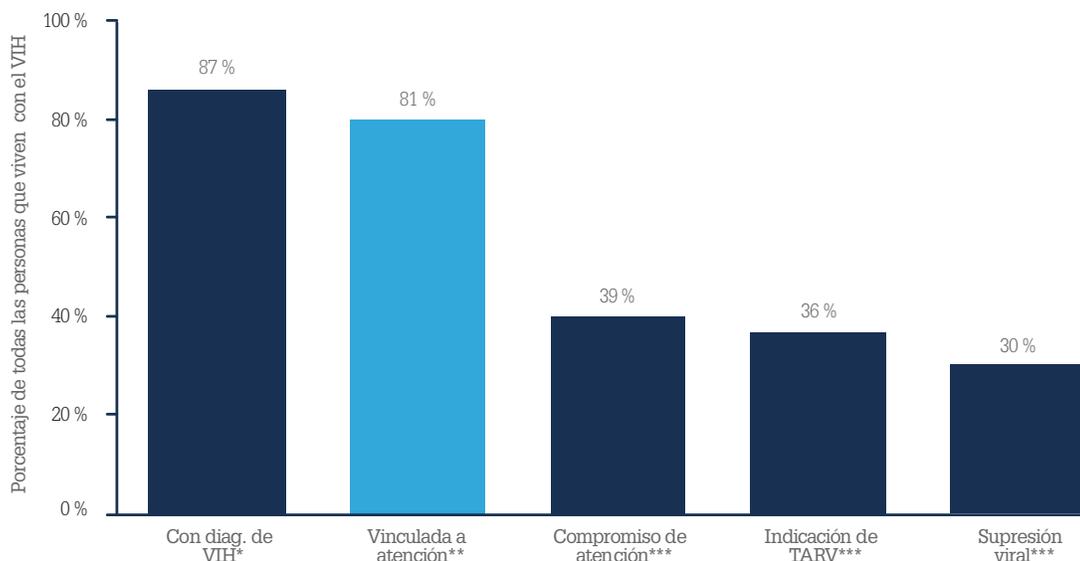
Igualmente importante es volver a captar a las personas con diagnóstico de VIH que posteriormente dejaron de recibir atención. En 2012, solo el 39 por ciento de todas las personas con infección por el VIH recibía atención.⁸ Se pueden aplicar estrategias de “Data to care” para identificar y volver a captar a las personas para que reciban atención, ya que han demostrado ser eficaces a la hora de mejorar los resultados del proceso continuo de la atención de la salud.⁷³ Las herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas también pueden servir para identificar a las personas que no reciben atención. La retención en la atención es fundamental para lograr y mantener la supresión viral.

La figura 3 (página 32) muestra el proceso continuo de la atención del VIH correspondiente a 2012. Este proceso continuo ofrece una visión general a nivel nacional de todas las personas con infección por el VIH, y abarca a quienes han sido diagnosticados y quienes todavía no han recibido un diagnóstico.

Las necesidades especiales de quienes ingresan en el sistema de la justicia penal constituyen un reto para mantener una atención continua del VIH.⁷⁴ Las personas encarceladas pueden tener dificultades para acceder a los medicamentos para el VIH, especialmente aquellos que están en la cárcel o están detenidos a corto plazo. Se necesita una fuerte vinculación con los nuevos servicios de apoyo y casas de salud como parte de los programas de reintegración a la sociedad para las personas que viven con el VIH que son liberadas de los centros penitenciarios, incluida la inscripción por discapacidad o en Medicaid antes de la liberación y la derivación a servicios para el uso de sustancias y salud mental y atención médica. Durante el encarcelamiento, muchos centros penitenciarios no ofrecen tratamiento asistido con fármacos para las personas con dependencia de los opiáceos, lo cual las deja vulnerables a la sobredosis y la recaída cuando se reintegran a la comunidad. La agilización de las citas iniciales posteriores a la liberación y una administración de casos integral garantiza mejores resultados de salud en relación con la infección por el VIH y el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias.

TRATAMIENTO CONTRA LAS DROGAS COMO PREVENCIÓN

Las investigaciones han probado que el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias es una intervención eficaz para la prevención del VIH. Por ejemplo, se determinó que los pacientes que reciben metadona para los trastornos por uso de opiáceos redujeron significativamente la frecuencia del uso de opiáceos.⁶²⁻⁶⁵ La información sugiere que si se reduce el uso de opiáceos, también se observa una reducción de los eventos de inyección de opiáceos e intercambio de agujas.⁶⁶⁻⁶⁹ Otros fármacos eficaces para tratar los trastornos por uso de sustancias relacionados con los opiáceos también han demostrado reducir los factores de riesgo del VIH.⁷⁰ Para la buprenorfina, se observó una reducción en las conductas de riesgo para el VIH. La naltrexona también ha demostrado reducir el uso significativo de opiáceos (heroína) y las conductas de riesgo para el VIH.⁷¹ Por otra parte, el tratamiento asistido con fármacos para los trastornos por el uso de opiáceos aumenta sustancialmente las probabilidades de observancia de la terapia antirretroviral de alta potencia (*Highly Active Antiretroviral Therapy*, HAART) para el VIH.⁷²

FIGURA 3: Proceso continuo de la atención del VIH entre las personas con infección por el VIH en los Estados Unidos 2012⁸

* Con diagnóstico de VIH es una estimación calculada que se basa en los datos informados por el Sistema Nacional de Vigilancia del VIH (National HIV Surveillance System), el denominador es la cantidad estimada de personas que viven con el VIH (1,2 millones).

** Vinculación a la atención es el porcentaje de personas que se vincula a la atención médica dentro de los 3 meses posteriores al diagnóstico (numerador) entre quienes recibieron un diagnóstico nuevo en 2012 (denominador). Los datos provienen de 28 jurisdicciones con informes completos de los resultados de pruebas de carga viral y CD4 presentados a los CDC.

*** Los datos de compromiso con la atención, indicación de TARV y supresión viral (numeradores) provienen del Proyecto de supervisión médica y se basan en las personas que han tenido como mínimo una consulta para la atención del VIH de enero a abril de 2012. El denominador es la cantidad estimada de personas que viven con el VIH (1,2 millones).

Además, las personas que viven con el VIH necesitan apoyo constante para mantener los niveles elevados de observancia del tratamiento antirretroviral para lograr y mantener la supresión viral. Se necesitan investigaciones sobre la implementación, que enseñen a ampliar los programas eficaces e incorporarlos a la práctica clínica, para las intervenciones de observancia. Las investigaciones gubernamentales, académicas y farmacéuticas han aportado terapias más simples y más fáciles de tolerar que la generación inicial de terapias antirretrovirales eficaces. No obstante: seguimos necesitando tratamientos más seguros, potentes y duraderos, tal como un mejor entendimiento de cómo manejar las complicaciones y las consecuencias clínicas de la infección por el VIH y el uso a largo plazo de los fármacos antirretrovirales.

MEDIDAS RECOMENDADAS

A fin de establecer sistemas perfectamente integrados para vincular a las personas con la atención inmediatamente después del diagnóstico y respaldar la retención en la atención para lograr la supresión viral que puede potenciar al máximo los beneficios del tratamiento temprano y reducir el riesgo de transmisión, se deben implementar las siguientes medidas:

2.A.1 Garantizar la continuidad de una cobertura de atención médica integral de alta calidad para respaldar el acceso a la atención del VIH.

- Los gobiernos estatales y el gobierno federal deben garantizar el acceso a un tratamiento para el VIH apropiado mediante la promoción de una cobertura sin impedimentos de todos los medicamentos para el VIH incluidos en las Pautas para el tratamiento del VIH del HHS.
- Los programas de cobertura de atención médica deben potenciar al máximo la prevención del VIH con la inclusión del uso de antirretrovirales para la PrEP.
- Las personas que viven con el VIH deben contar con respaldo para seleccionar la cobertura de atención médica que satisfaga mejor sus necesidades de atención y tratamiento.

2.A.2 Asegurar la vinculación a la atención médica del VIH y aumentar la retención en la atención para las personas que viven con el VIH.

- Los recursos y las gestiones para el VIH de los sectores públicos y privados deben dirigirse para llevar a escala estrategias fundamentadas en evidencia que aseguren la vinculación inmediata a la atención del VIH y la retención en la atención.
- Los profesionales de atención clínica deben garantizar que todas las personas con VIH tengan acceso a la terapia antirretroviral y se retengan en la atención según las recomendaciones de las Pautas para el tratamiento del VIH del HHS.

2.A.3	Respaldar y reforzar la capacidad para implementar modelos innovadores y culturalmente apropiados para una prestación más eficaz de servicios en el proceso continuo de la atención de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben apoyar el desarrollo de nuevos modelos que propicien una atención y un diagnóstico eficaces de las personas que viven con el VIH, y secundar la innovación y la evaluación rigurosa de los nuevos modelos de prestación que responden al cambiante entorno de la atención médica. • Estos modelos deben ofrecer servicios apropiados para el desarrollo y desde el punto de vista cultural para poblaciones como hombres homosexuales y bisexuales, jóvenes, personas mayores con VIH, minorías raciales y étnicas y transexuales. • Se debe ofrecer atención específica para las necesidades de las mujeres en los entornos de prestación de servicios de atención primaria del VIH a fin de garantizar la retención en la atención y el tratamiento del VIH. Los organismos federales deben alentar el desarrollo y la implementación de herramientas y tecnologías digitales emergentes para mejorar los resultados en todas las instancias del proceso continuo de la atención de la salud.
2.A.4	Priorizar y fomentar la investigación para llenar las lagunas de conocimientos en el proceso continuo de la atención de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben desarrollar y evaluar nuevos enfoques que se puedan ampliar, sean sostenibles e impliquen a las poblaciones con mayor riesgo de VIH. • Los organismos federales deben apoyar nuevos trabajos básicos de investigación científica para diseñar regímenes de prevención y tratamiento del VIH más consistentes que sean eficaces y disminuyan el peso actual de la observancia.
2.A.5	Ofrecer información, recursos y asistencia técnica para fortalecer la prestación de servicios a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud, especialmente en el ámbito estatal, tribal y local.	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben ofrecer ayuda a sus socios estatales y locales para respaldar, ampliar e integrar las gestiones de mejora del proceso continuo de la atención de la salud que impulsan el cambio a un ritmo acelerado. • El gobierno federal debe respaldar el desarrollo constante y la notificación de mediciones de calidad básicas para el VIH.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 2.B

Tomar medidas deliberadas para aumentar la capacidad de los sistemas y la cantidad y diversidad de los proveedores de atención clínica y servicios relacionados disponibles para las personas que viven con el VIH.

La mejora significativa de los resultados de salud exige la adopción de políticas que generen una fuerza de trabajo diversa y lo suficientemente numerosa como para atender a todas las personas que viven con el VIH o con riesgo de contraerlo y que cuente con la capacitación y los conocimientos técnicos adecuados para brindar atención de alta calidad de conformidad con las pautas más recientes para la prevención y el tratamiento. También se necesitan sistemas sanitarios y sistemas de salud pública que tengan capacidad para ofrecer atención que no estigmatice y forjar relaciones de confianza con sus pacientes. Las gestiones para reforzar la capacidad de los sistemas y expandir la fuerza de trabajo en VIH deben concentrarse en las áreas geográficas con necesidades más urgentes. La Ley de Cuidado de Salud Asequible facilita políticas y recursos para abordar estas cuestiones. Asimismo, el alcance y la misión de los Centros para la Educación y Capacitación en el SIDA (*AIDS Education and Training Centers, AETC*), parte del RWHAP, y los Centros de Asistencia para el Desarrollo de Capacidades de Prevención del VIH (*HIV Prevention Capacity Building Assistance Centers*) de los CDC se centran en mejorar los resultados a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud.^{75, 76}

Durante demasiado tiempo, la nación sufrió la falta de profesionales de atención primaria. Además, la fuerza de trabajo integrada por médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud que se especializan en la atención del VIH está envejeciendo, y es necesario reclutar nuevos profesionales para abordar la inminente escasez de personal. La Ley de Cuidado de Salud Asequible, con sus inversiones en el Cuerpo Nacional de Servicios de Salud, está ayudando a atenuar la falta de personal de atención primaria en áreas desatendidas. El aumento de los fondos para el Programa del Centro de Salud de la HRSA también incrementa las oportunidades para integrar los servicios de prueba, prevención y atención del VIH a la atención primaria. Sin embargo, para ser eficaces, estos

proveedores de atención primaria deben ser proveedores de servicios para el VIH experimentados o deben contar con una fuente fiable para la consulta clínica o derivación que les ayude a manejar a los pacientes con casos complejos.⁷⁷ La capacitación, la delegación de funciones y el uso de equipos de salud interdisciplinarios pueden ayudar a resolver la falta de personal para la atención del VIH. Muchas organizaciones han demostrado modelos exitosos para incluir guías de salud —ellos mismos tienen VIH— en establecimientos clínicos y comunitarios para respaldar el compromiso con la atención.⁷⁸ Independientemente del enfoque específico, es fundamental que el modelo de atención del VIH concuerde plenamente con el flujo de trabajo necesario.

El acceso al tratamiento por uso de sustancias para personas que se inyectan drogas también resulta afectado por la capacidad de la fuerza de trabajo. Muchas personas que se inyectan fármacos recetados residen en comunidades rurales que no tienen acceso a proveedores de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias que se fundamenten en evidencia y que puedan brindar tratamiento asistido con fármacos para el trastorno por uso de opiáceos.⁷⁹

Los servicios de atención médica que respetan y responden a las creencias sobre la salud, prácticas y necesidades culturales y lingüísticas de los diversos pacientes también pueden ayudar a lograr resultados de salud positivos.⁸⁰ Los servicios receptivos también reconocerán y secundarán las necesidades variables y ocasionales durante toda la vida de las personas con infección por el VIH o que corren el riesgo de contraerla, al reconocer las poblaciones claves, como mujeres heterosexuales, mujeres transexuales, jóvenes, personas mayores con VIH, hombres homosexuales y otros que puedan tener necesidades únicas o especiales que requieren enfoques más personalizados. Muchas personas que viven con el VIH provienen de comunidades que han sido históricamente desatendidas por los principales sistemas sanitarios. Por ejemplo, algunos afroamericanos desconfían de la comunidad médica, y esto puede conllevar el cuestionamiento de recomendaciones médicas de amplia aceptación entre otras personas.⁸¹ Los proveedores de atención médica pueden no sentirse cómodos a la hora de preguntar sobre los antecedentes sexuales de los pacientes LGBT, lo cual puede interferir en la atención adecuada. Igualmente, los hombres homosexuales dicen sentirse incómodos cuando hablan con sus médicos sobre sus conductas sexuales.^{82, 49}

Para los sistemas sanitarios, brindar atención competente a las personas transexuales es un reto especial. Hay una escasez de personal de atención sanitaria preparado para brindar atención respetuosa para las circunstancias distintivas de sus pacientes transexuales. Esto puede traducirse en un nivel de satisfacción inferior con los proveedores de atención, menos confianza y resultados de salud más deficientes.⁸³

Además de tener conocimientos prácticos sobre el VIH, los proveedores de atención deben ser competentes desde el punto de vista cultural y deben poder comunicarse con claridad y eficacia para ayudar a los pacientes a entender los beneficios de seguir los planes de tratamiento recomendados. La incorporación de programas informativos a las profesiones relacionadas con la salud para las personas de color y las personas que viven en la pobreza puede mejorar la atención con especificidad cultural, así como ayudar a lograr la equidad en la salud.

MEDIDAS RECOMENDADAS

A fin de tomar medidas deliberadas para aumentar la capacidad de los sistemas y la cantidad y diversidad de los proveedores de atención clínica y servicios relacionados disponibles para las personas que viven con el VIH, se deben implementar las siguientes medidas:

- | | |
|--|--|
| <p>2.B.1 Garantizar la continuidad de una cobertura de atención médica integral de alta calidad para respaldar el acceso a la atención del VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales, estatales, tribales y locales deben diseñar estrategias para motivar a más clínicos para que presten servicios para el VIH. • Los programas con apoyo federal deben alentar estrategias de prestación de atención médica que amplíen la capacidad de la fuerza de trabajo existente de especialistas en el VIH. |
|--|--|

2.B.2	Reforzar la actual fuerza de trabajo de proveedores a fin de garantizar el acceso a la atención del VIH y su calidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben llamar la atención de los proveedores de atención clínica y las sociedades médicas profesionales con respecto a la importancia de las pruebas de detección del VIH de rutina. • Los organismos federales y los sistemas de prestación de atención médica deben respaldar la integración de servicios para el VIH de alta calidad en los centros de salud y otros establecimientos de atención primaria. Para ello, deben ofrecer pruebas de detección del VIH de rutina, atención y tratamiento básicos para el VIH, derivaciones para atención y tratamiento del VIH más complejos, y coordinación de la atención entre establecimientos y proveedores.
2.B.3	Respalda la detección de uso de sustancias y problemas de salud mental y la derivación a los servicios correspondientes para las personas que viven con el VIH.	<ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores de atención médica para el VIH y los organismos que ofrecen servicios para el uso de sustancias y salud mental deben incrementar la colaboración para garantizar la identificación y el tratamiento de estas condiciones entre las personas que viven con el VIH, incluido el aumento del uso de herramientas de detección breves, la provisión de tratamiento asistido con fármacos y la paridad en la cobertura de servicios de tratamiento por uso de sustancias y salud mental.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 2.C

Apoyar la atención integral, coordinada y centrada en el paciente para las personas que viven con el VIH, que incluye atender las condiciones concurrentes relacionadas con el VIH y la problemática de satisfacer las necesidades básicas, como la vivienda.

A fin de apoyar la prestación de atención de calidad a las personas que viven con el VIH, es importante reducir las barreras que impiden el acceso a los servicios. El RWHAP ha respaldado el desarrollo de hogares médicos para las personas que viven con el VIH durante 25 años. Este programa tiene experiencias valiosas para compartir con otros proveedores, incluidos los centros de salud y médicos particulares.

La atención centrada en el paciente —definida por el Instituto de Medicina como la atención de la salud que establece una sociedad entre los médicos, los pacientes y sus familias (cuando corresponde) para garantizar que las decisiones respeten los deseos, las necesidades y las preferencias de los pacientes— debe ser la norma. Además de asegurar la correcta coordinación de los servicios de atención clínica, los servicios no médicos y la ayuda para satisfacer las necesidades básicas son puntales importantes para lograr resultados clínicos óptimos. El acceso a tratamiento médico debe complementarse con servicios permanentes de administración de casos para facilitar la continuidad de la atención. Las necesidades básicas como vivienda, educación y empleo, y los servicios de apoyo como transporte, asistencia legal, servicios de nutrición y cuidado de niños son esenciales para determinadas poblaciones que enfrentan dificultades con las necesidades de la vida diaria.

El acceso a la vivienda es un precursor importante para que muchas personas ingresen en un régimen de tratamiento estable. Las personas que viven con el VIH y carecen de una vivienda estable tienen más probabilidades de demorar la atención para el VIH y tener un acceso más deficiente a la atención regular, y menos probabilidades de recibir una terapia antirretroviral óptima y de cumplir con la terapia. Un libro blanco de la HUD de 2014, *HIV Care Continuum: The Connection between Housing and Improved Outcomes along the HIV Care Continuum* (Proceso continuo de la atención del VIH: conexión entre la vivienda y la mejora en los resultados a lo largo del proceso continuo de la atención del VIH), analizó la evidencia para las asociaciones entre la vivienda y los resultados a lo largo de cada paso del proceso continuo de la atención de la salud que pueden tener como resultado la reducción de las nuevas infecciones por el VIH y de la falta de hogar.³⁴ Además, para abordar específicamente las distintas necesidades de las poblaciones vulnerables, el DOJ y la HUD están colaborando en un proyecto para respaldar expresamente el alojamiento de transición para las personas de bajos ingresos con VIH que han sufrido violencia doméstica, violencia de pareja, abuso sexual o acoso.⁵¹

Las personas tienen exigencias conflictivas, que incluyen dificultades para satisfacer las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidado de niños y que a menudo contribuyen a resultados de VIH más deficientes. El acceso a los servicios legales puede ser importante para ayudar a las personas a resolver problemas con la discriminación, el acceso a beneficios públicos (incluida la cobertura de atención médica) y el empleo, y otras cuestiones que pueden erigirse en grandes barreras para seguir recibiendo atención. El apoyo de los asistentes sociales o administradores de casos puede ayudar a identificar recursos. Las redes de pares entre personas que viven con el VIH también pueden ser valiosas para compartir información y otro tipo de apoyo. Los programas que ofrecen atención centrada en la familia pueden ser especialmente importantes para las personas que viven con el VIH. A su vez, tanto las mujeres como los hombres con VIH pueden correr el riesgo de sufrir violencia del compañero íntimo y trastorno por estrés postraumático, que pueden impedir la observancia y la estabilidad en la atención. Los principios de un enfoque de atención primaria habilitada para el tratamiento de traumas, que busca minimizar las probabilidades de que una persona que está tratando de sanarse sufra nuevos traumas, pueden resultar aplicables en los entornos de atención del VIH.^{52, 53}

Cuando se desarrollen vías para mejorar la prestación de atención a las personas con necesidades básicas y con otras circunstancias que afectan a la atención, incluidas las personas que se encuentran en establecimientos penitenciarios o están en el proceso de abandonarlos, las personas que viven en áreas remotas o rurales y los jóvenes, será importante difundir modelos eficaces para que otros proveedores presten un mejor servicio a esos grupos y superen las barreras frecuentes para la atención.

MEDIDAS RECOMENDADAS

A fin de respaldar una atención integral, coordinada y centrada en el paciente para las personas que viven con el VIH, que incluye abordar las condiciones concurrentes relacionadas con el VIH y el problema de satisfacer las necesidades básicas como la vivienda, se deben implementar las siguientes medidas:

-
- | | |
|--|--|
| <p>2.C.1 Considerar políticas para promover el acceso a la vivienda y otras necesidades básicas, y otros servicios de apoyo para las personas que viven con el VIH.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben tener en cuenta gestiones adicionales para ofrecer ayuda para la vivienda y otros servicios —como transporte, cuidado de niños y nutrición— que permitan a las personas que viven con el VIH obtener tratamiento para el VIH y cumplirlo. • Los programas y establecimientos de atención médica deben apoyar la administración de casos para servicios clínicos y no médicos que contribuyen a mejorar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH, incluidos los servicios de empleo rehabilitativo. • Se deben intensificar las gestiones federales para abordar el VIH y la VCI entre las mujeres y niñas sin hogar y con vivienda marginal. • Se deben apoyar en todos los niveles las asociaciones entre programas de vivienda y otras organizaciones de servicio social que ofrecen a sus parroquianos pruebas de VIH y vinculación al tratamiento. Los servicios de vivienda y atención clínica deben alinearse para lograr una mejora de los resultados de salud. |
| <p>2.C.2 Abordar la violencia y el trauma, además de los factores que incrementan el riesgo de violencia para mujeres y niñas que viven con el VIH, con el fin de mejorar los resultados de la atención del VIH en las mujeres.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales deben apoyar la investigación y la evaluación de programas que ofrezcan atención habilitada para el tratamiento de traumas como parte de la atención del VIH para las mujeres. • Los estudios de investigación y las actividades programáticas también deben abordar los traumas y la violencia que experimentan los jóvenes homosexuales y bisexuales y las mujeres transexuales. |
-

OBJETIVO 3: REDUCIR LAS DISPARIDADES Y LA FALTA DE EQUIDAD RELACIONADAS CON EL VIH

LA OPORTUNIDAD

Reducir las disparidades y la falta de equidad relacionadas con el VIH debe ser prioridad de la Estrategia en general. La Ley de Cuidado de Salud Asequible propone que un grupo es una población con disparidades de salud cuando “*existe una disparidad significativa en el índice general de incidencia de la enfermedad, prevalencia, e índices de morbilidad, mortalidad o supervivencia en la población en comparación con el estado de salud de la población en general*”. Encargarse de las disparidades exige centrarse en las comunidades y las poblaciones afectadas en forma desproporcionada; implementar enfoques estructurales para la prevención y la atención del VIH que aborden condiciones como vivienda, educación, empleo y seguridad de los alimentos; y reducir el estigma y eliminar la discriminación que se asocia a la infección por el VIH.

Los hitos de los últimos años incluyen:

- **Implementación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible**, la gestión federal más amplia, a la fecha, para atender las desigualdades en el ámbito de la salud, que incluye diversos estatutos contra la discriminación en la cobertura de tratamiento y atención.
- **Cambios en las leyes estatales** para despenalizar conductas como escupir y morder de personas que viven con el VIH y que se sabe suponen un riesgo mínimo de transmisión del VIH.
- Promulgación de políticas que reducen el estigma del VIH y la discriminación, como el **levantamiento de la prohibición de entrada** para permitir que personas que viven con el VIH puedan viajar a los Estados Unidos e inmigrar sin necesidad de una medida de excepción.⁸⁵
- La **eliminación de las disparidades sanitarias** en algunos ámbitos de atención sanitaria demuestra que la reducción de las disparidades es algo factible.⁸⁶

A pesar de muchos avances —científicos, políticos y sociales— a lo largo de los últimos cinco años, siguen existiendo grandes disparidades. Para lograr el objetivo de reducir las disparidades y la falta de equidad sanitaria relacionadas con el VIH, se deben abordar los siguientes desafíos:

- Una respuesta nacional a la epidemia de VIH debe tener en cuenta el tamaño y la diversidad del país, así como las necesidades de las comunidades más afectadas.
- Los sistemas sanitarios y las estructuras sociales que ofrecen diferentes niveles de acceso a los servicios para el VIH a distintos grupos que luego pueden alcanzar diversos resultados de salud.
- Los nuevos diagnósticos de VIH están en aumento entre los hombres homosexuales y bisexuales. Las mujeres negras representan el 64 por ciento de los nuevos diagnósticos entre las mujeres. Las diferencias entre los índices de diagnóstico varían considerablemente por región.¹⁰

- Las personas de todo el país denuncian que el estigma y la discriminación, asociados a la situación con respecto al VIH o a recibir servicios relacionados con el VIH, siguen desenfrenados y continúan influyendo adversamente en el acceso a la atención y los resultados de salud.

RESUMEN DE PASOS

Se necesita una gestión nacional concertada para aumentar la capacidad de todas las comunidades para prevenir el VIH y respaldar a los integrantes de la comunidad que tiene VIH. Los pasos siguientes son críticos para tener éxito:

PASO 3.A

Reducir las disparidades relacionadas con el VIH en las comunidades con un alto riesgo de infección por el VIH.

PASO 3.B

Adoptar enfoques estructurales para reducir las infecciones por el VIH y mejorar los resultados de salud en las comunidades de alto riesgo.

PASO 3.C

Reducir el estigma y eliminar la discriminación asociada con la situación con respecto al VIH.

INDICADORES DE PROGRESO

El trabajo conjunto en estos pasos fundamentales apunta a cumplir con los siguientes objetivos para 2020:



INDICADOR 9

Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el **15 por ciento** como mínimo en los siguientes grupos: hombres homosexuales y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes, mujeres negras y personas que viven en el sur de los Estados Unidos.



INDICADOR 10

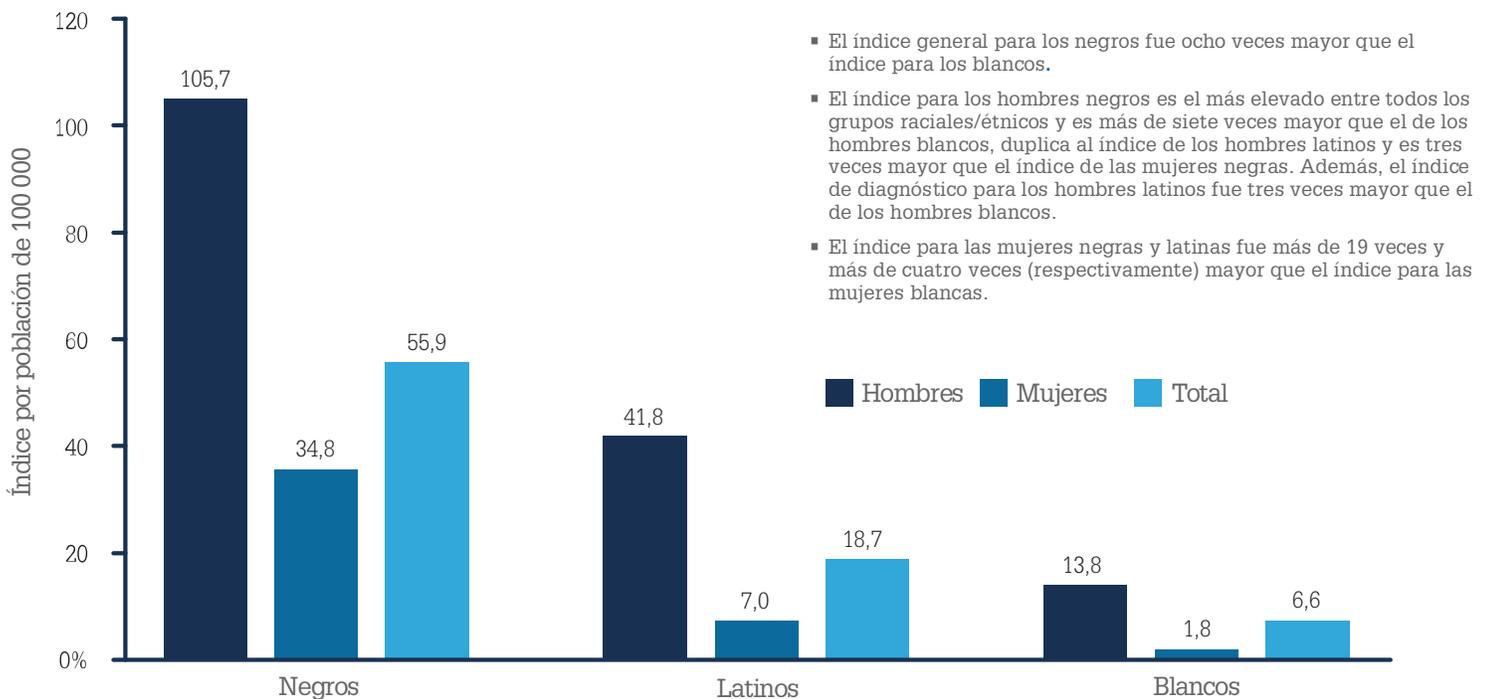
Aumentar el porcentaje de jóvenes y personas que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al **80 por ciento** como mínimo.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 3.A

Reducir las disparidades relacionadas con el VIH en las comunidades con un alto riesgo de infección por el VIH.

En los Estados Unidos existen importantes disparidades raciales en cuanto a la infección por el VIH (véase la figura 4). También hay disparidades raciales/étnicas a lo largo del proceso continuo de la atención de la salud y en la muerte prematura. Según la información más reciente sobre el proceso continuo de la atención del VIH, los negros tuvieron porcentajes más bajos que los blancos en diagnósticos del VIH y supresión viral exitosa.⁸ Las disparidades en el proceso continuo de la atención del VIH y en los índices de mortalidad pueden reflejar las diferencias en el acceso y el uso de la atención sanitaria y el tratamiento. Las gestiones para abordar los factores sociales determinantes de la salud, como el aumento del acceso a servicios de atención de la salud y de apoyo, podría incrementar el diagnóstico oportuno del VIH, la retención en la atención, el tratamiento y la supresión viral. Aumentar la cantidad de personas que viven con el VIH en las comunidades muy afectadas que alcanzan y mantienen la supresión viral puede reducir las disparidades en los índices de infección por el VIH y mortalidad en estos grupos.

FIGURA 4: Índices de diagnósticos de infección por el VIH entre los adultos y adolescentes por raza/etnia, 2013 – Estados Unidos¹⁰

Si bien las muertes entre las personas que viven con el VIH han estado disminuyendo desde que se dispone de medicamentos antirretrovirales eficaces, el índice de mortalidad cada 1000 personas que viven con el VIH en 2012 entre los negros (20,5) fue más alto que el índice correspondiente a los blancos (18,1) y el índice para los latinos (13,9).⁸⁷ También existen disparidades raciales en los índices de mortalidad entre los hombres homosexuales con VIH, con índices más elevados entre los hombres homosexuales negros y latinos en comparación con los hombres blancos.⁸⁸ Los índices de mortalidad también varían según el estado, y muchos de los índices más elevados se concentran en el sur de los EE. UU.⁸⁷

✓ ACCIONES RECOMENDADAS

Para reducir las disparidades relacionadas con el VIH en las comunidades con alto riesgo de infección por el VIH, se deben implementar las siguientes medidas:

- 3.A.1 Incrementar los servicios para reducir las disparidades relacionadas con el VIH que sufren los hombres homosexuales y bisexuales (especialmente los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes), las mujeres negras y las personas que viven en el sur de los Estados Unidos.**
- Los sectores privados y públicos deben apoyar a las comunidades para garantizar que los grupos con el riesgo más alto reciban pruebas del VIH. Las personas con diagnóstico de VIH deben ser vinculadas a la atención y se las debe retener para lograr la supresión viral, y a aquellas que obtengan un resultado negativo se las debe vincular a servicios de prevención continuos, como la PrEP.
 - El gobierno federal debe desarrollar y respaldar iniciativas, incluidos los proyectos de demostración financiados por el SMAIF del HHS, diseñados para fomentar y facilitar las vinculaciones colaborativas entre investigadores, prestadores de servicios y las mujeres y niñas negras que viven con el VIH o en riesgo de contraerlo para abordar determinantes sociales críticos de la salud, como la pobreza, la violencia, los problemas de salud mental y el uso de sustancias que hacen que las mujeres sean vulnerables al VIH y afectan adversamente a los índices de supervivencia de las mujeres con VIH. Estos factores también contribuyen a las disparidades observadas entre los hombres homosexuales y bisexuales y las personas que viven en el sur de los Estados Unidos.
- 3.A.2 Apoyar el compromiso con la atención de grupos con niveles bajos de supresión viral, incluidos los jóvenes y las personas que se inyectan drogas.**
- Las comunidades deben comprometer a todos los sectores para garantizar que los consumidores y proveedores conozcan las oportunidades y estructuras disponibles en la prestación de atención de la salud y financiación para abordar el riesgo de VIH y mejorar los resultados de salud.
 - El gobierno federal debe apoyar la investigación para la implementación como algo fundamental para mejorar los resultados de salud mediante la adopción de modelos de atención eficaces y la garantía de que esos modelos sean apropiados desde el punto de vista cultural para llegar a los grupos con más alto riesgo.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 3.B

Adoptar enfoques estructurales para reducir las infecciones por el VIH y mejorar los resultados de salud en las comunidades de alto riesgo.

A fin de reducir las disparidades entre los grupos, se requieren enfoques eficaces para reducir el riesgo de transmisión del VIH no solo a nivel individual, sino también en los niveles comunitarios y sociales. Con frecuencia, el VIH es solo una de las muchas condiciones que afectan adversamente a las comunidades con mayor riesgo de infección por el VIH. En muchos casos, no es posible abordar eficazmente la transmisión o la atención del VIH sin también encargarse de los factores culturales y determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la falta de educación, el desempleo, la falta de hogar y otras cuestiones.^{89, 90} Dada esta cantidad de problemas concurrentes, es importante emplear un enfoque biopsicosocial para la prevención y la atención del VIH que vaya más allá de las conductas de riesgo de una persona. Se deben abordar factores como los índices de VIH e ITS en las redes de uso de drogas y trabajo sexual, y la falta de trabajo o vivienda que pueden aumentar el riesgo de infección o el acceso a atención insuficiente. Si bien ha habido algunas gestiones exitosas en este aspecto, hay muy pocos modelos comprobados que se asocien con la reducción de la incidencia del VIH o el aumento del acceso a la atención centrados en determinantes sociales y factores estructurales más amplios que influyen en los resultados de salud.

La educación sexual integral para los jóvenes en edad escolar, un ejemplo importante de una intervención estructural, todavía no se ha llevado a escala en todo el país, y solo algunas jurisdicciones ofrecen educación fundamental y esencial sobre la salud y las conductas de riesgo a sus alumnos. Con el fin de mejorar los resultados para los jóvenes a lo largo del proceso continuo de la atención del VIH, los jóvenes deben entender los beneficios del diagnóstico precoz así como mantener el compromiso con la atención y la observancia del tratamiento.

MEDIDAS RECOMENDADAS

A fin de adoptar enfoques estructurales para reducir las infecciones por el VIH y mejorar los resultados de salud en las comunidades de alto riesgo, se deben implementar las siguientes medidas:

- | | |
|--|--|
| <p>3.B.1 Ampliar la escala de los programas fundamentados en evidencia eficaces que abordan los determinantes sociales de la salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Los organismos federales deben apoyar la investigación y la implementación de intervenciones estructurales que reducen el riesgo de infección en las comunidades con alta prevalencia. Dichos programas deben abordar el contexto más amplio de la vida de las personas que aumenta el riesgo de infección por el VIH y hace que quienes tienen VIH corran el riesgo de obtener resultados de salud deficientes, especialmente entre los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes. |
| <p>3.B.2 Apoyar la investigación para entender mejor el alcance de la intersección entre el VIH y la violencia contra las mujeres y las niñas, y diseñar intervenciones eficaces.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Para abordar con eficacia esta intersección, es prioritario que los gobiernos respalden gestiones que ayuden a cuantificar mejor el grado en que la violencia está contribuyendo por sí sola a las nuevas infecciones por el VIH y los resultados de salud deficientes entre las mujeres y las niñas. |

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 3.C

Reducir el estigma y eliminar la discriminación asociada con el VIH.

El estigma es una actitud de desaprobación y desagrado con respecto a una persona o grupo de parte de otras personas o instituciones comunitarias y públicas debido a la presencia de un atributo que se percibe como indeseable. El estigma puede influir en las interacciones individuales y afectar a fuerzas sociales e institucionales más grandes. La discriminación puede ser una consecuencia del estigma y puede tener lugar cuando se toman medidas injustas contra personas en función de su pertenencia a un grupo estigmatizado en particular.⁹¹ El estigma relacionado con el VIH se puede confundir o complicarse más con el estigma relacionado con el uso de sustancias, la salud mental, la orientación sexual, la identidad de género, la raza/etnia o el trabajo sexual. El estigma puede traducirse en muchas consecuencias negativas para las personas que viven con el VIH. Es imperioso que todos los estratos del gobierno reconozcan la existencia de esta diversidad de prejuicios y trabajen para combatir el estigma y la discriminación de manera tal de reducir las nuevas infecciones y mejorar los resultados de salud para las personas que viven con el VIH.

Más de 30 años después de haber identificado los primeros casos de SIDA, las personas que viven con el VIH siguen enfrentándose a la discriminación en muchos ámbitos de la vida, incluido el empleo, la vivienda, la prestación de servicios de atención de la salud y los centros de alojamiento público. Esta discriminación obstaculiza las gestiones que alientan a todas las personas a conocer su situación con respecto al VIH, y hace aun más difícil que las personas revelen su situación con respecto al VIH a sus proveedores médicos, sus parejas sexuales y parejas que comparten las agujas, e incluso al clero y a otros a quienes pueden recurrir en busca de comprensión y apoyo.

Muchas personas sienten vergüenza y turbación cuando se les diagnostica la infección por el VIH. Y todavía existe mucho estigma social que culpa a las personas que contraen el VIH, e incluso a quienes tratan activamente de evitar infectarse. La creación de espacios seguros, donde todas las personas se sientan aceptadas y respetadas, permitirá que más personas se realicen pruebas del VIH, ingresen y sigan recibiendo atención cuando se las diagnostica, cumplan con los regímenes de medicamentos y adopten medidas de prevención, incluida la revelación de su situación con respecto al VIH. Reducir el estigma para otras condiciones comunes entre las personas con riesgo de VIH o que viven con el VIH —como el uso de sustancias, problemas de salud mental y la falta de vivienda— y enfrentar la homofobia también son esfuerzos importantes para mejorar los resultados de salud. No obstante, el hecho de promover la divulgación de la situación con respecto al VIH debe estar acompañado de protecciones para las personas que viven con el VIH. Esto exige un compromiso constante con la aplicación de los derechos civiles.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*, ADA), que cumplió veinticinco años en 2015, es una ley trascendental en materia de derechos civiles que demostró ser fundamental para la protección de las personas con discapacidades, incluido el VIH. No sufrir discriminación por la situación con respecto al VIH es un derecho humano y civil. La aplicación proactiva de la ley ADA, la Ley de Vivienda Justa, la Ley de Rehabilitación de 1973 y otras leyes de derechos civiles es esencial para crear un entorno donde las personas se sientan seguras para realizarse pruebas y recibir tratamiento. Se alienta a las personas a presentar una queja en virtud de la ley ADA si sufren discriminación por discapacidad, incluida cualquier queja que plantee infracciones contra personas que viven con el VIH, contra un gobierno estatal, tribal o local o un centro de alojamiento público. Cuando las personas buscan cobertura y tratamiento, las disposiciones de la Ley de Cuidado de Salud Asequible también protegen contra la discriminación basada en afecciones preexistentes y promueven la igualdad en el tratamiento por salud mental y uso de sustancias.

Las leyes y políticas de toda la nación deben reflejar las prácticas óptimas de salud pública vigentes para la prevención y el tratamiento del VIH. Las leyes estatales que penalizan conductas como escupir y morder, que se sabe suponen un riesgo mínimo de transmisión del VIH, deben tratarse de forma consecuente. Las leyes especiales para el VIH no influyen en el comportamiento de las personas que viven con el VIH en los estados donde existen esas leyes.⁹² El DOJ publicó una guía de prácticas óptimas para los estados que desean reformar las leyes penales específicamente relacionadas con el VIH, y los legisladores deben reconsiderar si las leyes existentes siguen promoviendo el interés público y la salud pública.⁹³ En demasiados casos, la existencia y la aplicación de estos tipos de leyes van en contra de la evidencia científica sobre las vías de transmisión del VIH y las medidas eficaces para la prevención del VIH, y socavan los objetivos de salud pública de promover la detección y el tratamiento del VIH.⁹⁴ En las jurisdicciones donde siguen en efecto leyes especiales para el VIH, los fiscales deben también tener más criterio a la hora de desestimar casos de estigmatización y discriminación flagrante contra personas que viven con el VIH.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para reducir el estigma y eliminar la discriminación asociada con la situación con respecto al VIH, se deben implementar las siguientes medidas:

<p>3.C.1 Fomentar los enfoques de salud pública fundamentados en evidencia para la prevención y la atención del VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las legislaturas estatales deben revisar las leyes penales específicamente relacionadas con el VIH para garantizar que estén en consonancia con los conocimientos científicos actuales sobre la transmisión del VIH y respalden los enfoques de salud pública para la prevención y el tratamiento del VIH. • Los organismos federales, los departamentos de salud locales y las iniciativas comunitarias se deben coordinar y reforzar para eliminar la discriminación en los entornos clínicos. • Se deben intensificar las gestiones de base amplia para reducir el estigma de condiciones concurrentes frecuentes para las personas con riesgo de VIH o que viven con el VIH, como los trastornos por uso de sustancias o de salud mental, la hepatitis viral y las infecciones de transmisión sexual.
<p>3.C.2 Reforzar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles, y asistir a los estados en la protección de las personas que viven con el VIH contra la violencia, las represalias y la discriminación asociadas con su situación con respecto al VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El DOJ y otros organismos federales deben priorizar la aplicación de las leyes federales contra la discriminación que protegen a las personas en función de su situación con respecto al VIH, y deben incorporar proactivamente a las localidades de todo el país donde pueda existir discriminación, flagrante o sutil, contra las personas que viven con el VIH. • El gobierno federal y los gobiernos estatales también deben proteger contra la discriminación en los precios de los fármacos y la cobertura de seguro para las personas que viven con el VIH.
<p>3.C.3 Movilizar a las comunidades para reducir el estigma relacionado con el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos en todos los niveles deben respaldar las gestiones para aumentar la movilización de la comunidad, especialmente con el fin de abordar el VIH entre las personas LGBT, incluso en el seno de las comunidades de fe. • Los organismos federales deben apoyar la investigación para cuantificar y abordar mejor el estigma en la comunidad y los sistemas sanitarios.
<p>3.C.4 Fomentar el liderazgo público de las personas que viven con el VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos y otras instituciones (incluidos los grupos de planificación comunitaria para la prevención del VIH y los consorcios y consejos de planificación del programa Ryan White) deben trabajar con redes de personas que viven con el VIH, organizaciones de servicios y otras instituciones en la promoción activa del liderazgo público de personas que viven con el VIH, incluidas mujeres, hombres homosexuales y bisexuales, minorías raciales/étnicas, transexuales y jóvenes.

OBJETIVO 4: LOGRAR UNA RESPUESTA NACIONAL MÁS COORDINADA A LA EPIDEMIA DE VIH

LA OPORTUNIDAD

Después de casi tres décadas de epidemia de VIH, los estadounidenses han sido testigo de un aumento de la coordinación de todos los sectores —organismos del gobierno, organizaciones no gubernamentales, el sector privado— en la respuesta a la epidemia de VIH. Estas gestiones coordinadas han ayudado a que la nación se acerque a los objetivos de la Estrategia de reducir los índices de infección por el VIH, mejorar el acceso a la atención, mejorar los resultados de salud y reducir las disparidades. Las actividades que contribuyeron a una coordinación exitosa fueron:

- **Defensa y promoción permanente** de personas que viven con el VIH y sus aliados, para presionar a todos los sectores a hacer más, mejor y más rápido.
- **Compromiso de las comunidades afectadas** y movilización de amplios sectores de la sociedad para tomar medidas contra una afección altamente estigmatizada y asociada con la sexualidad, el uso de sustancias y otras cuestiones que magnifican las diferencias culturales.
- **Innovaciones en los programas de prevención y atención** que reflejan una fuerte perspectiva del consumidor e incorporan enfoques multidisciplinares.
- Gestiones selectivas y sostenidas para **entender y respetar las diferencias** en cuanto a cultura, idioma y valores entre las diversas poblaciones y disciplinas.
- **Incremento de la confianza en los resultados** para impulsar una inversión federal en el VIH a nivel nacional que ha aumentado a **más de \$23 mil millones por año**.

La publicación de la Estrategia estimuló esfuerzos considerables para incrementar la coordinación, especialmente entre los organismos federales. Los hitos de este período incluyen:

- Establecimiento de un **Grupo de Trabajo Interinstitucional Federal sobre el VIH** integrado por representantes de varios departamentos y muchos organismos del HHS que supervisaron las medidas específicas tomadas en respuesta al Plan de implementación federal de la Estrategia.
- Desarrollo e implementación de un **conjunto básico de indicadores de programas para el VIH** utilizados en todo el HHS para respaldar el intercambio de información y fomentar el aumento de la transparencia.⁹⁵
- Formulación de recomendaciones para la **Iniciativa para la continuidad de la atención en el VIH** y logros significativos dentro de los organismos y entre ellos.^{50-51, 96}

- Colaboración entre el DOJ y los CDC para publicar un **estudio integral de las leyes penales específicamente relacionadas con el VIH** y una **guía de prácticas óptimas para ayudar a los estados a reformar esas leyes**.⁹³
- Establecimiento de un grupo de trabajo interinstitucional federal sobre la **intersección entre el VIH y la violencia contra las mujeres** con un resultado de más de 15 iniciativas nuevas en el término de dos años.⁹⁷

Para cumplir con el objetivo de lograr una respuesta más coordinada a la epidemia, se deben abordar los siguientes desafíos:

- Transferir gradualmente la experiencia exitosa de la coordinación a nivel federal a los niveles estatales, tribales y locales, así como hacia socios externos, como el sistema sanitario. De manera similar, las lecciones provenientes de estas áreas pueden aportar información a las gestiones federales permanentes para mejorar la coordinación.
- Cuidar la rendición de cuentas de los fondos federales al tiempo que se alienta a las jurisdicciones a participar en la planificación coordinada que integra todas las fuentes de financiación con el beneficio agregado de perfeccionar y reducir la carga de la presentación de informes.

Con la dispersión de la responsabilidad de responder al VIH, es necesario entender con más claridad las funciones y el aumento de la responsabilidad. Los numerosos organismos federales que operan programas de VIH cruciales lo hacen en virtud de su propia autoridad según lo establecido por el Congreso. No es posible o deseable fusionar todos los programas de VIH bajo un solo techo. Al mismo tiempo, si bien reconocemos una mejora de la coordinación desde la publicación de la Estrategia, una coordinación aun mayor es posible y fundamental a medida que la respuesta federal mejora para garantizar que los organismos trabajen en la más estrecha colaboración. Se debe trabajar más en pos de la identificación, el aprendizaje y la replicación de casos exitosos en el ámbito mundial, estatal, tribal y local.

RESUMEN DE PASOS

Se necesita una gestión nacional concertada para lograr una respuesta nacional más coordinada al VIH. Los pasos siguientes son críticos para tener éxito:

PASO 4.A

Aumentar la coordinación de los programas de VIH en el gobierno federal y entre los organismos federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.

PASO 4.B

Desarrollar mecanismos perfeccionados para controlar y presentar informes sobre el progreso en el logro de los objetivos nacionales.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 4.A

Aumentar la coordinación de los programas de VIH en el gobierno federal y entre los organismos federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales.

Los fondos destinados a los servicios para el VIH se reparten entre varios departamentos, incluido el HHS, el HUD, el DOJ, Asuntos de Veteranos (*Veterans Affairs*, VA) y Defensa. En el seno del HHS, en especial, la responsabilidad de los programas de VIH se distribuye entre varios organismos, como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services*, CMS), la HRSA, los CDC, la SAMHSA, el Servicio de Salud Indígena, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), la Oficina de la Política de VIH/SIDA y Enfermedades Infecciosas (*Office of HIV/AIDS and Infectious Disease Policy*, OHAIDP), la Oficina de Salud para las Minorías, y otros. La responsabilidad de la investigación sobre VIH recae principalmente en los Institutos

Nacionales de la Salud (NIH); además, los CDC, VA, Defensa y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development, USAID*) también apoyan las iniciativas de investigación. Esta distribución de la responsabilidad es adecuada, ya que cada organismo tiene sus propios conocimientos prácticos y los distintos organismos operan distintos programas con diversos fines e historias únicas.

La distribución de los programas y servicios para el VIH en todo el gobierno federal ha ayudado a garantizar una respuesta polifacética, pero ha planteado desafíos para una coordinación óptima. Dentro del HHS, la Oficina del Secretario Adjunto de Salud (*Office of the Assistant Secretary for Health*) que trabaja junto con la OHAIDP, desempeña un papel crucial en la promoción de políticas uniformes en todo el HHS. Este nivel de coordinación ayuda a asegurar que las divisiones operativas del HHS implementen políticas que propicien la planificación coordinada entre los organismos y las partidas presupuestarias; alineen los ciclos de presentación de informes de los programas; adopten métricas de datos y mediciones de resultados comunes e interoperables; y reflejen adecuadamente las prioridades de la Estrategia dentro de los anuncios de oportunidades de financiación y otros documentos de políticas relevantes.

La coordinación activa también se beneficia con el intercambio de ideas y estrategias entre los líderes con objetivos comunes que enfrentan desafíos similares. Esto es especialmente importante en áreas con una carga elevada, donde las campañas para terminar con el SIDA requieren urgentemente voluntad política local y la asignación concertada de recursos.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para aumentar la coordinación de los programas de VIH en todo el gobierno federal y entre los organismos federales y los gobiernos estatales, territoriales, tribales y locales, se deben implementar las siguientes medidas:

4.A.1	Simplificar los requisitos de notificación de los beneficiarios federales.	<ul style="list-style-type: none"> El gobierno federal debe seguir simplificando las actividades de administración de subsidios, que incluye trabajar para estandarizar los formatos de los informes, consolidar los anuncios de financiación y optimizar la frecuencia de los requisitos de comunicación de los beneficiarios para los programas federales de VIH, al tiempo que se mantiene la capacidad para evaluar los estándares de desempeño.
4.A.2	Reforzar la coordinación entre los sistemas de información y el uso de datos para mejorar los resultados de salud y controlar el uso de los fondos federales.	<ul style="list-style-type: none"> Los organismos federales y estatales deben respaldar y alentar el intercambio y el uso apropiados de la información para mejorar la continuidad de los servicios de prevención y atención, que incluye controlar los resultados a lo largo del proceso continuo de la atención del VIH a nivel estatal y propiciar las colaboraciones de intercambio de datos entre las instituciones que sirven a las comunidades a nivel local.
4.A.3	Garantizar la coordinación en la planificación y la administración de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> El gobierno federal debe continuar ampliando su enfoque en la coordinación planificada de los programas y servicios para el VIH entre todos los organismos. Los organismos federales deben alentar el liderazgo en el ámbito estatal y local para coordinar la planificación, priorización e implementación de servicios de prevención y atención del VIH. El gobierno federal apoyará a los estados en la implementación de una planificación integrada de conformidad con los lineamientos de los CDC y la HRSA; se promueven los planes integrales de prevención del VIH que incluyen todos los recursos de financiación. El gobierno federal debería elaborar una agenda de investigación sobre el VIH entre todos los organismos gubernamentales para la nación, que abarque desde las ciencias básicas hasta las ciencias de la implementación en apoyo a los objetivos de la Estrategia.
4.A.4	Promover una asignación de recursos que repercuta más en el logro de los objetivos de la Estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> El gobierno federal debería revisar los métodos utilizados para distribuir los fondos federales para el VIH y tomar medidas para asegurar que los recursos se destinen a los estados y las localidades con la mayor carga de la enfermedad. Los programas federales y estatales deben utilizar la información de los modelos de asignación de recursos para priorizar y seleccionar programas efectivos, flexibles y eficaces en función de los costos para llegar a las poblaciones donde el impacto sea mayor.

POLÍTICA Y ACCIÓN

PASO 4.B

Desarrollar mecanismos perfeccionados para controlar y presentar informes sobre el progreso en el logro de los objetivos nacionales.

La prevención y atención del VIH en los Estados Unidos exige una respuesta de salud pública categórica. Las muertes anuales han disminuido, pero la cantidad de nuevas infecciones se ha mantenido estacionaria y la cantidad de personas que viven con el VIH está creciendo. La nación debe:

- Evaluar con sentido crítico las gestiones en curso para potenciar al máximo el impacto.
- Medir los resultados de las gestiones para reducir las nuevas infecciones y mejorar resultados de salud para registrar el progreso a nivel nacional, y con el tiempo perfeccionar la respuesta a este problema de salud pública.
- Garantizar que los fondos se asignen de conformidad con la carga actual de la enfermedad y que las estrategias de prevención y atención más eficaces se orienten de manera tal de alcanzar máximos resultados.
- Asegurar que se indiquen con claridad los objetivos del programa y se controle el desempeño.

Esto exige un plan de seguimiento que evalúe la implementación de la Estrategia, su progreso y el impacto de las gestiones de la Estrategia. Un sistema de presentación regular de informes ayudará a mantener la atención y el apoyo del público a nivel nacional.

En el ámbito estatal, los informes de seguimiento y progreso deben reflejar la planificación integrada. Dicha planificación abarca una evaluación integral y conjunta de las necesidades, intercambio de información y datos, representación de todas las partes interesadas en las entidades para la planificación de la prevención y atención, proyectos coordinados o combinados, reuniones integradas y entidades de planificación plenamente fusionadas. El compromiso de la comunidad es un componente esencial para planificar programas de prevención y atención del VIH integrales y eficaces en los Estados Unidos.

Comprender la epidemia que enfrentan los estadounidenses y cómo está cambiando exige un sistema de vigilancia del VIH eficaz. El Sistema Nacional de Vigilancia del VIH es la principal fuente de datos que se utiliza para controlar la epidemia en los EE. UU., que incluye la mayoría de los indicadores de la Estrategia.^{8, 51, 98}

Los datos de vigilancia del VIH se utilizan extensamente para orientar y evaluar los programas de prevención y atención del VIH. Por consiguiente, la información integral y oportuna es fundamental, tal como las mejoras continuas en el sistema de notificación electrónica de los laboratorios, ya que la recepción sin demoras de los datos de laboratorio es un factor crítico. La vigilancia requiere un sistema complejo de presentación de informes de los proveedores, laboratorios y departamentos de salud estatales y locales para coordinar informes precisos, completos y oportunos.

Para poder responder a estos imperativos, debe existir una sólida infraestructura de datos que aporte la información necesaria, incluidos datos a nivel de cliente para medir los resultados de salud individuales. Además, ningún sistema de datos único satisface todas las necesidades de información para supervisar el progreso y el desempeño. Los sistemas de datos, como el Sistema Nacional de Vigilancia del VIH y los datos de nivel de cliente del Informe de servicios del Programa de VIH/SIDA Ryan White, exigen inversiones constantes para garantizar la recopilación, el análisis y la difusión constantes de la información con el fin de guiar las decisiones políticas y la asignación de recursos.⁹⁹ Esto incluye el respaldo para adoptar nuevos métodos y enfoques analíticos con el objetivo de aumentar la puntualidad de los datos, potenciar la capacidad para describir la carga de VIH en toda la nación y asignar los recursos para lograr el máximo impacto, así como brindar apoyo al análisis y uso local de los datos locales. Asimismo, las fuentes de datos complementarias, como las bases de datos de pagadores de atención de la salud, las encuestas y las conexiones a registros de salud electrónicos, garantizarán que información sólida

guíe la toma de decisiones, incluido el desarrollo de los indicadores de la Estrategia para medir el estigma, el uso de la PrEP y los diagnósticos de VIH entre las mujeres transexuales. Además, la vigilancia de la ETS y la hepatitis viral, así como los datos relacionados con el uso de sustancias (por ej., arrestos, hospitalizaciones y sobredosis) pueden ofrecer señales de advertencia temprana de brotes de VIH posibles o emergentes.¹⁰⁰

MEDIDAS RECOMENDADAS

A fin de desarrollar mecanismos perfeccionados para controlar y presentar informes sobre el progreso en el logro de los objetivos nacionales, se deben implementar las siguientes medidas:

-
- | | |
|--|---|
| <p>4.B.1 Reforzar la disponibilidad y el uso oportuno de la información.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los organismos federales y las jurisdicciones estatales, tribales y locales deben garantizar el uso de datos de vigilancia, provenientes de programas y de la atención médica para la acción de salud pública, que caractericen la carga de la enfermedad, la asignación de recursos, el control del desempeño y la presentación de informes sobre el progreso. • Los organismos federales deben mantener y mejorar los sistemas de datos que promuevan la recopilación y difusión oportuna de la información para controlar el desempeño de los programas y los informes sobre el progreso para la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, y garantizar que las medidas utilizadas a nivel nacional se puedan replicar a nivel estatal. • Los organismos federales y locales deben desarrollar e implementar nuevos elementos y sistemas de datos o métodos analíticos, según corresponda, para llenar las lagunas. Estos organismos deberán aprovechar la tecnología de información sobre la salud —incluidas las historias clínicas electrónicas y los informes electrónicos de laboratorio— para incrementar la eficiencia y la coordinación de los sistemas de datos de salud pública. |
| <p>4.B.2 Ofrecer informes públicos periódicos sobre los objetivos de la Estrategia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El gobierno federal informará sobre el progreso para lograr los objetivos de la Estrategia a través de un informe anual al final de cada año, publicado por la ONAP junto con otras dependencias de la Casa Blanca y otros organismos federales. • Los organismos federales deben apoyar el acceso público adecuado a los sistemas de datos y difundir los hallazgos de las evaluaciones a través de varios canales. • Los estados deben controlar el progreso hacia los objetivos de la Estrategia actualizada. Para ello, deben medir los indicadores de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA donde sea factible. |
| <p>4.B.3 Mejorar la rendición de cuentas en la gestión del programa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los gobiernos de todos los niveles deben responsabilizarse y hacer responsables a los destinatarios de los fondos públicos del logro de los resultados. • Los anuncios de financiación deben indicar claramente los objetivos de desempeño y los mecenas deben supervisar activamente el progreso, ofrecer asistencia técnica o tomar medidas correctivas, según sea necesario, y explorar mecanismos para recompensar los éxitos y así garantizar que los fondos federales tengan el máximo impacto. • Los informes de progreso deben estar a disposición del público. |
-

APÉNDICE 1

DESARROLLO Y PROGRESO DE LOS INDICADORES

Como parte del proceso de actualización, se encargó a un grupo de trabajo integrado por representantes de organismos federales el desarrollo de recomendaciones para indicadores, mediciones y metas con el fin de controlar el progreso hacia el logro de los objetivos de la Estrategia. El grupo de trabajo estableció criterios (véase el cuadro) para revisar indicadores existentes y crear nuevos; seleccionar fuentes de datos; y evaluar mediciones y metas. El grupo de trabajo revisó los datos de vigilancia y la literatura publicada pertinente; y llevó adelante consultas concretas con las partes interesadas del gobierno federal, el mundo académico, la atención médica y la defensa y promoción. Se mantuvieron muchos de los indicadores de la Estrategia de 2010, pero se cambiaron las mediciones o las fuentes de datos para reflejar los criterios de los indicadores, y la ciencia y la práctica vigentes. La tabla A1 muestra una comparación de los indicadores originales hasta 2015 y los indicadores actualizados hasta 2020, y se mencionan los indicadores que han cambiado, son nuevos o fueron descartados. Los cambios específicos se describen a continuación. El grupo de trabajo buscó redactar indicadores actualizados con metas ambiciosas, aunque viables, que inspiren a la acción y mantengan el progreso hacia el logro de los resultados de prevención, tratamiento y atención del VIH de la Estrategia.

Se designaron tres temas principales como “indicadores de desarrollo”, lo que significa que se identificarán las fuentes de datos, mediciones y metas, y se controlará el progreso en lo sucesivo. Estos tres temas son la PrEP, el estigma y el VIH entre las personas transexuales. Existen datos y mediciones para los tres pero actualmente no cumplen con los criterios de los indicadores. El gobierno federal trabajará con las partes interesadas en el desarrollo de indicadores para estos tres temas en los próximos cinco años.

INFORME DE PROGRESO, 2010 - 2013

En la tabla A2 se incluyen los indicadores, los datos de referencia y anuales y las evaluaciones del progreso. Cada indicador y su progreso se describen brevemente a continuación; en el sitio web de la ONAP se encontrarán especificaciones más detalladas para los indicadores, incluidas las fuentes de datos y las mediciones. El año de referencia se estableció en 2010 para que todos los indicadores reflejen el trabajo en curso de la Estrategia. El año para alcanzar las metas finales es 2020. Después de un análisis minucioso, el grupo de trabajo decidió establecer metas anuales distribuyendo el número de cambios necesarios entre el año de referencia 2010 y el año meta 2020 de la siguiente manera: se espera que el cinco por ciento del cambio total se dé en cada uno de los tres años iniciales (2011–2013), el diez por ciento en los cuatro años posteriores (2014–2017) y el quince por ciento del cambio total en cada uno de los tres años finales (2018–2020). Esto propiciará el arraigamiento de las actividades de implementación que comenzaron después de la publicación de la Estrategia en 2010 y sus efectos se aceleren con el tiempo, en lugar de esperar avances lentos año tras año.

CRITERIOS PARA LOS INDICADORES

La fijación de criterios para los indicadores permitió que el grupo de trabajo se rija por un proceso sistemático que garantizó la coherencia y la eficiencia en el desarrollo de recomendaciones para un máximo de 12 indicadores. Los criterios utilizados fueron los siguientes:

Indicadores: todos los indicadores estaban obligados a tener una relación directa con uno o más de los objetivos de la Estrategia. Además, cada indicador debía reflejar la ciencia, la política y las prácticas vigentes relacionadas con el VIH; representar resultados o impactos mensurables en lugar de procesos; y obtenerse de datos cuantitativos de una fuente apropiada.

Fuentes de datos: al evaluar las fuentes de datos, el grupo de trabajo consideró como favorables aquellas que tenían representación nacional; aportaban datos en forma oportuna y rutinaria; anticipaban que los datos serían comparables durante varios años; tenían datos que se podían estratificar por edad, región geográfica, raza/etnia, sexo y categoría de transmisión para controlar las disparidades; y conservaban un cierto nivel de flexibilidad para adaptar las definiciones, según sea necesario, en respuesta a los cambios en las pautas o la práctica médica. Se priorizaron las fuentes de datos que permitirían a los estados controlar el progreso hacia los objetivos de la Estrategia en sus jurisdicciones.

Mediciones: la medición de cada indicador debía demostrar la validez nominal, en el sentido de que aparentaba valorar lo pretendido. Asimismo, las mediciones debían ser simples y sencillas para ser comunicadas a un público diverso.

Se calculó el progreso comparando el año de datos más reciente con la meta anual correspondiente a ese año. Para los indicadores con datos preliminares que se muestran en la tabla A2, se calculó el progreso para el año más reciente en el que los datos no eran preliminares.

En general, el panorama del progreso es mixto. Se están dando avances importantes hacia el aumento del porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su condición, están vinculadas a la atención y han logrado la supresión viral. También se está progresando en la reducción de la cantidad de nuevos diagnósticos y en el índice de mortalidad. Es necesario trabajar más para alcanzar las metas de otros indicadores. Se necesitará una acción concertada para 2016-2020 a fin de cumplir con las metas anuales aceleradas de todos los indicadores. Esta Actualización y las audaces metas establecidas ofrecen nuevas oportunidades de revitalizar la gestión nacional combinada para reducir las nuevas infecciones, mejorar el acceso a los resultados de la atención del VIH y reducir las disparidades en la salud.

INDICADOR 1

Aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico al 90 por ciento como mínimo, a partir del 85,7 por ciento de referencia.

Este indicador sigue centrándose en incrementar el conocimiento del estado serológico entre las personas que viven con infección por el VIH, ya que esta noción (es decir, recibir un diagnóstico de infección por el VIH) es necesaria para acceder a la atención médica del VIH y los servicios de apoyo. Además, los análisis sugieren que las personas que desconocen su infección por el VIH pueden representar alrededor de un tercio de las nuevas infecciones, por lo que incrementar el aumento del conocimiento del estado serológico es fundamental para reducir las nuevas infecciones y mejorar los resultados de salud. La meta del 90 por ciento es igual a la meta establecida por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para sus indicadores de 2020.¹⁰¹

PROGRESO: el porcentaje de personas que viven con el VIH que conocían su estado serológico en 2012 (87,2 por ciento) superó a la meta anual (86,1 por ciento).

INDICADOR 2

Reducir la cantidad de nuevos diagnósticos el 25 por ciento como mínimo, de 43 806 de referencia a 32 855.

Este indicador mide el progreso hacia el objetivo de reducir las nuevas infecciones. Esta es una meta ambiciosa porque exige y abarca mejorar en todos los otros indicadores y en las gestiones generales de prevención, tratamiento y atención.

Estos cálculos no constituyen una manera oportuna y coherente de controlar el progreso. La cantidad estimada de nuevas infecciones ha cambiado, y probablemente lo siga haciendo con el transcurso del tiempo, como consecuencia de los cambios en la tecnología para las pruebas del VIH y los métodos de valoración de la incidencia. Estos cambios dificultan el uso de estos datos como indicador para medir el progreso a lo largo del tiempo. En contraposición, los datos de los diagnósticos de VIH se publican en un formato rutinario y estandarizado a disposición de todos los estados. Dadas estas ventajas, los datos de los diagnósticos de VIH se utilizan para el indicador de esta Actualización.

El uso de datos de los diagnósticos para llevar un seguimiento del progreso en la reducción de nuevas infecciones por el VIH presenta algunos obstáculos. En primer lugar, estos datos se deben interpretar teniendo en cuenta las tendencias en las pruebas del VIH, ya que los cambios en las pruebas pueden traducirse en cambios en las tendencias del diagnóstico que no guardan relación con las tendencias en las nuevas infecciones. Por ejemplo, si las tendencias del diagnóstico del VIH disminuyen, se requiere una evaluación para determinar si esta disminución se debe a que se están realizando menos pruebas del VIH o que las pruebas se están realizando en personas con menos riesgo, frente a una indicación de que están disminuyendo las nuevas infecciones por el VIH. En segundo lugar, las gestiones para aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH y conocen su

situación con respecto al VIH exige un aumento de los diagnósticos; esto significa que, al menos inicialmente, el progreso en el Indicador 1 puede tener un impacto negativo en el progreso en el Indicador 2. A largo plazo, el diagnóstico de personas que anteriormente carecían de diagnóstico finalmente se traducirá en un aumento de la vinculación con y retención en el tratamiento y la atención, un aumento de la supresión viral y una disminución en la transmisión a parejas no infectadas. Esto reducirá las nuevas infecciones, lo cual se verá reflejado en una disminución de la cantidad de nuevos diagnósticos.

Como la incidencia del VIH no se utiliza como un indicador, no se incluyó el indicador de 2010 para el índice de transmisión (el índice de transmisión se basa en la incidencia).

PROGRESO: la cantidad de nuevos diagnósticos en 2012 (42 616) fue inferior a la meta anual (42 711), lo cual superó al progreso esperado en la reducción de la cantidad de nuevos diagnósticos.

Como se observa anteriormente, las tendencias en el diagnóstico se deben considerar en el contexto de las tendencias de las pruebas del VIH. Los datos utilizados para controlar las tendencias en las pruebas del VIH provienen del Sistema de vigilancia de factores de riesgo conductuales (Behavioral Risk Factor Surveillance System). A pesar de que durante 2011-2013 se observó un aumento significativo de las pruebas, la cuantía del aumento fue pequeña (del 42,9 por ciento que se había hecho alguna vez las pruebas de detección al 43,5 por ciento).¹⁰² En conjunto, las disminuciones de los diagnósticos de VIH en el contexto de un ligero aumento de las pruebas es alentador. Se necesitan más años de datos de diagnóstico y más análisis de las tendencias de las pruebas en poblaciones de alto riesgo para determinar la medida en que estas tendencias pueden reflejar el descenso de la incidencia en las poblaciones de alto riesgo.

INDICADOR 3

Reducir el porcentaje de hombres jóvenes homosexuales y bisexuales que presentaron comportamientos de riesgo de infección por el VIH el 10 por ciento como mínimo, a partir del 34,1 por ciento de referencia.

Este es un indicador nuevo, que mide las conductas de prevención del VIH en los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes, un grupo en el que las infecciones por el VIH han aumentado en los años recientes. Tener un indicador que mida específicamente el riesgo de adquisición del VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes refleja la necesidad de estrategias de prevención eficaces para lograr el objetivo de reducir las nuevas infecciones en los grupos en riesgo. Para medir el indicador se utilizan datos del Sistema de vigilancia de factores de riesgo conductuales entre los jóvenes y, por lo tanto, incluye a los varones de los grados 9 a 12. Se examinan las conductas de riesgo correspondientes a los 3 meses anteriores a la entrevista e incluyen haber tenido varias parejas (3 o más), no utilizar un preservativo en la última relación sexual o haberse inyectado alguna vez cualquier droga ilegal.

PROGRESO: el 34,1 por ciento de los hombres homosexuales y bisexuales jóvenes han exhibido conductas de riesgo de VIH. Esta información no estuvo disponible hasta 2013 por lo que no se evaluó el progreso.

INDICADOR 4

Aumentar el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH dentro de un mes de recibido el diagnóstico de VIH al 85 por ciento como mínimo, a partir del 70,2 por ciento de referencia.

Como reconocimiento de los beneficios del tratamiento temprano y la consiguiente necesidad de vinculación inmediata a la atención médica del VIH para todas las personas con un diagnóstico nuevo de VIH, este indicador actualizado mide la vinculación a la atención en el término de un mes a partir del diagnóstico. Esta es una meta nueva y ambiciosa ya que el indicador anterior requería una vinculación a la atención a los tres meses del diagnóstico (véase la tabla A1).

PROGRESO: el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH en el término de un mes a partir del diagnóstico en 2013 (72,6 por ciento) superó a la meta anual (72,4 por ciento).

INDICADOR 5

Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retienen en la atención médica del VIH al 90 por ciento como mínimo, a partir del 50,9 por ciento de referencia.

Para que las personas que viven con infección por el VIH aprovechen plenamente la atención médica del VIH, deben seguir recibiendo atención durante un tiempo. Hacerlo les ayuda a lograr la supresión viral, que puede mejorar los resultados de salud, reducir el riesgo de transmisión del VIH y disminuir la cantidad de nuevas infecciones.

Este indicador difiere de la medición de retención utilizada en 2010 (véase la tabla A1). Este indicador actualizado se basa en los datos de vigilancia, que incluyen a todas las personas con diagnóstico de infección por el VIH, en lugar de los datos informados por el Programa de VIH/SIDA Ryan White de la HRSA. Con esta mayor cantidad de personas en el denominador, el nivel de referencia de retención es más bajo que en la Estrategia de 2010. Será difícil alcanzar la meta para 2020, pero es un área de interés clave de la Actualización. La meta del 90 por ciento se puede comparar con el indicador utilizado por ONUSIDA.¹⁰¹

PROGRESO: el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retuvieron en la atención médica del VIH en 2012 (53,8 por ciento) no cumplió con la meta anual (54,8 por ciento), lo que sugiere que se necesita más atención para alcanzar este objetivo. El porcentaje que se retuvo en la atención en 2012 fue más elevado que el nivel de referencia del 50,9 por ciento, lo que indica un progreso en la dirección adecuada.

INDICADOR 6

Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que lograron la supresión viral al 80 por ciento como mínimo, a partir del 43,4 por ciento de referencia.

Obtener todos los beneficios clínicos y de salud pública de la atención médica del VIH depende del ingreso en un proceso continuo de atención de la salud consistente que incluya el diagnóstico precoz, la vinculación oportuna a la atención, el acceso constante a la atención médica del VIH y los antirretrovirales y su observancia, y el control permanente para garantizar la supresión viral. Como punto final del proceso continuo de la atención de la salud, es importante que la meta de la nación para la supresión viral sea osada y ambiciosa. Esta meta para los Estados Unidos se alinea con los objetivos de 90-90-90 fijados por ONUSIDA, pero utiliza un denominador distinto.¹⁰¹ Es decir, el 90 por ciento de quienes son diagnosticados se retienen y el 90 por ciento de quienes son retenidos presenten supresión viral, lo cual es casi lo mismo que el 80 por ciento de quienes son diagnosticados presenten supresión viral.

Este indicador difiere de las mediciones de supresión viral utilizadas en 2010 (véase la tabla A1). El indicador actualizado mide la supresión viral entre todas las personas con infección por el VIH diagnosticada, en lugar de solo en grupos específicos.

PROGRESO: el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que presentaron supresión viral en 2012 (50,1 por ciento) superó a la meta anual (47,1 por ciento).

INDICADOR 7

Reducir el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más del 5 por ciento, a partir del 7,7 por ciento de referencia.

La situación en materia de vivienda es un factor importante que afecta al acceso a la atención del VIH y los resultados de salud. Este indicador se diferencia de dos maneras de la medición de la situación de vivienda utilizada en 2010 (véase la tabla A1). En primer lugar, se efectuaron cambios para permitir la medición de la situación de vivienda en un grupo más amplio de personas que reciben atención del VIH que aquellas que reciben servicios a través del Programa de VIH/SIDA Ryan White. Segundo, el indicador actualizado se centra específicamente en la falta de vivienda, en lugar de hacerlo en una categoría más amplia como la inestabilidad de vivienda. La mejora del marco de muestreo se consideró un intercambio aceptable para el enfoque más estrecho de la falta de vivienda. A medida que disminuya la proporción de personas sin vivienda, se necesitará un esfuerzo considerable para llegar a la pequeña proporción de quienes todavía requieren ayuda con la vivienda.

PROGRESO: el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tenían vivienda en 2012 (8,3 por ciento) no alcanzó la meta anual (7,4 por ciento) y aumentó, en lugar de disminuir. Esta tendencia sugiere que se necesitan más gestiones para alcanzar este objetivo. Como se indicó en el Informe de 2013 sobre el estado de las personas sin vivienda en los Estados Unidos, la tendencia podría reflejar el clima económico devastador que afectaba a la nación en ese momento.¹⁰³

INDICADOR 8

Reducir el índice de mortalidad entre las personas con diagnóstico de infección por el VIH el 33 por ciento como mínimo, a partir del porcentaje de referencia del 23,5 por cada 1000 personas con infección por el VIH diagnosticada al 15,5.

Para esta Actualización, se agregó un nuevo indicador para controlar los índices de mortalidad por toda causa entre las personas que viven con el VIH porque la reducción de la mortalidad es un resultado previsto del logro de todos los objetivos de la Estrategia. Este indicador refleja la calidad general de la atención médica del VIH recibida, como que la prestación sostenida de atención de alta calidad debe traducirse en reducciones aun mayores de los índices de mortalidad para las personas que viven con el VIH.

PROGRESO: el índice de mortalidad cada 1000 personas con infección por el VIH diagnosticada en 2012 (18,1) fue más bajo que la meta anual (22,7), lo cual supera al progreso esperado en la reducción del índice de mortalidad.

INDICADOR 9

Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo en los siguientes grupos: hombres homosexuales y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes, mujeres negras y personas que viven en el sur de los Estados Unidos.

Este indicador controla las disparidades en los índices de diagnóstico para los grupos afectados desproporcionadamente. Es un indicador nuevo (véase la tabla A1). El indicador mide las reducciones en la disparidad, en lugar de las reducciones en el índice correspondiente a cada grupo. Para ello, mide los cambios en el coeficiente del índice de disparidad para cada grupo y el índice de la población en general. El coeficiente constituye una medición de la disparidad, de tal forma que el coeficiente aumenta a medida que se amplía la diferencia entre un grupo seleccionado y la población en general y disminuye a medida que se estrecha la diferencia. La elección de medir índices de diagnóstico, en lugar de números, se hizo para estandarizar las mediciones (es decir, por población de 100 000).

PROGRESO: los índices de disparidad para los hombres homosexuales y bisexuales y los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes en 2012 (21,9 y 112,9, respectivamente) no alcanzó las metas anuales (20,2 y 107,8, respectivamente) y estaban en aumento, más que en descenso. El índice de disparidad para las mujeres negras en 2012 (1,4) fue inferior a la meta anual (1,7), y superó el progreso esperado en la reducción de disparidades. De hecho, el coeficiente para 2012 alcanzó la meta de 2020 de 1,4 y alcanzó el 15 por ciento de reducción en el coeficiente de disparidad. Será importante determinar si la reducción en la disparidad se mantiene en los años futuros; de ser así, la meta de disparidad se podría revisar para que sea una reducción de más del 15 por ciento. El coeficiente de disparidad para las personas que viven en el sur de los Estados Unidos en 2012 (0,33) alcanzó la meta anual (0,33).

INDICADOR 10

Aumentar el porcentaje de jóvenes y personas que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al 80 por ciento como mínimo, a partir del 29,7 por ciento y el 37,6 por ciento de referencia, respectivamente.

Este indicador amplía el enfoque en la supresión viral, según las mediciones del Indicador 6, a los jóvenes y las personas que se inyectan drogas, dada la información que muestra disparidades importantes en la supresión viral (es decir, porcentaje más bajo de supresión viral) para estos grupos en comparación con el total. Garantizar que la meta para la supresión viral en estos grupos sea la misma que la meta general reduce la disparidad en estos grupos. Este indicador utiliza una meta distinta y grupos específicos en comparación con el indicador de disparidad de 2010 para la supresión viral (véase la tabla A1).

PROGRESO: el porcentaje de jóvenes que presentaron supresión viral en 2012 (38 por ciento) superó a la meta anual (34,7 por ciento). De manera similar, el porcentaje de personas que se inyectan drogas que presentaron supresión viral en 2012 (42,8 por ciento) superaron a la meta anual (41,9 por ciento).

TABLA A1: COMPARACIÓN DE LOS INDICADORES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL VIH/SIDA PARA 2015 Y 2020

INDICADORES DE LA NHAS PARA 2015	INDICADORES DE LA NHAS PARA 2020
CAMBIADOS	
Reducir el 25 por ciento la cantidad anual de nuevas infecciones.	Reducir la cantidad de nuevos diagnósticos de VIH el 25 por ciento como mínimo.
Aumentar del 79 por ciento al 90 por ciento el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico.	Aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico al 90 por ciento como mínimo.
Aumentar la proporción de pacientes con diagnósticos nuevos vinculados a la atención clínica dentro de los tres meses de recibido el diagnóstico de VIH del 65 por ciento al 85 por ciento.	Aumentar el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH dentro de un mes de recibido el diagnóstico de VIH al 85 por ciento como mínimo.
Aumentar la proporción de clientes de Programa de VIH/SIDA Ryan White que reciben atención continua del 73 por ciento al 80 por ciento.	Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retienen en la atención médica del VIH al 90 por ciento como mínimo.
Aumentar el porcentaje de clientes del Programa de VIH/SIDA Ryan White con vivienda permanente del 82 por ciento al 86 por ciento.	Reducir el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más del 5 por ciento.
AGREGADOS	
—	Reducir el porcentaje de hombres jóvenes homosexuales y bisexuales que presentaron comportamientos de riesgo de infección por el VIH el 10 por ciento como mínimo.
—	Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que lograron la supresión viral al 80 por ciento como mínimo.
—	Reducir el índice de mortalidad entre las personas con diagnóstico de infección por el VIH el 33 por ciento como mínimo.
—	Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo en los siguientes grupos: hombres homosexuales y bisexuales, hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes, mujeres negras y personas que viven en el sur de los Estados Unidos.
—	Aumentar el porcentaje de jóvenes y personas que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al 80 por ciento como mínimo.
DESCARTADOS	
Reducir el 30 por ciento el índice de transmisión del VIH.	
Aumentar el 20 por ciento la proporción de hombres homosexuales y bisexuales con diagnóstico de VIH y carga viral indetectable.	
Aumentar el 20 por ciento la proporción de negros con diagnóstico de VIH y carga viral indetectable.	
Aumentar el 20 por ciento la proporción de latinos con diagnóstico de VIH y carga viral indetectable.	

Véase la descripción narrativa de cada indicador para obtener los motivos de los cambios, las adiciones y las eliminaciones.

Tabla A2. Indicadores y progreso de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, actualizada hasta 2020

Indicador	Fecha por año				Metas		Progreso
	2010 Referencia	2011	2012	2013	Anual	2020	
Aumentar el porcentaje de personas que viven con el VIH que conozcan su estado serológico al 90 por ciento como mínimo.	85,7 %	86,4 %	87,2 %		86,1 %	90 %	■
Reducir la cantidad de nuevos diagnósticos de VIH el 25 por ciento como mínimo.	43 806	42 218	42 616	42 018**	42 711	32 855	■
Reducir el porcentaje de hombres jóvenes homosexuales y bisexuales que presentaron comportamientos de riesgo de infección por el VIH el 10 por ciento como mínimo.	n/c	n/c	n/c	34,1 %	n/c	30,7 %	n/c
Aumentar el porcentaje de personas con diagnóstico nuevo vinculadas a la atención médica del VIH dentro de un mes de recibido el diagnóstico de VIH al 85 por ciento como mínimo.	70,2 %	70,4 %	71,4 %	72,6 %	72,4 %	85 %	■
Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que se retienen en la atención médica del VIH al 90 por ciento como mínimo.	50,9 %	51,5 %	53,8 %		54,8 %	90 %	■
Aumentar el porcentaje de personas con infección por el VIH diagnosticada que lograron la supresión viral al 80 por ciento como mínimo.	43,4 %	46,8 %	50,1 %		47,1 %	80 %	■
Reducir el porcentaje de personas que reciben atención médica para el VIH que no tienen hogar a no más del 5 por ciento.	7,7 %	8,1 %	8,3 %		7,4 %	5 %	■
Reducir el índice de mortalidad entre las personas con diagnóstico de infección por el VIH el 33 por ciento como mínimo. §	23,5	20,8	18		22,7	15,5	■
Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo entre los hombres homosexuales y bisexuales. †	20,5	21,2	21,9	22,2**	20,2	17,4	■
Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo entre los hombres homosexuales y bisexuales negros jóvenes. †	109,4	112,4	112,9	114,9**	107,8	93	■
Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo entre las mujeres negras. †	1,7	1,5	1,4	1,3**	1,7	1,4	■
Reducir las disparidades en el índice de nuevos diagnósticos el 15 por ciento como mínimo entre las personas que viven en el sur de los Estados Unidos. †	0,33	0,35	0,33	0,36**	0,33	0,28	■
Aumentar el porcentaje de jóvenes que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al 80 por ciento como mínimo.	29,7 %	33,7 %	38 %		34,7 %	80 %	■
Aumentar el porcentaje de personas que se inyectan drogas con infección por el VIH diagnosticada y supresión viral al 80 por ciento como mínimo.	37,6 %	39,2 %	42,8 %		41,9 %	80 %	■

Nota: Colores del progreso: Verde = Meta anual alcanzada; Amarillo = Meta anual no alcanzada, progreso en la dirección esperada; Rojo = Meta anual no alcanzada, progreso en la dirección opuesta

* Las metas anuales corresponden al año de datos más reciente disponible (no incluye los datos marcados como “preliminares”)

** Datos preliminares

§ El índice de mortalidad se mide cada 1000 personas con infección por el VIH diagnosticada.

† Las mediciones que se muestran son coeficientes del índice de disparidad en el grupo especificado con respecto al índice general.

APÉNDICE 2

LISTA DE SIGLAS

ADA	Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades)
ADAP	AIDS Drug Assistance Program (Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA)
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (HHS) (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades)
DOJ	U.S. Department of Justice (Departamento de Justicia de los EE. UU.)
FDA	Food and Drug Administration (HHS) (Administración de Medicamentos y Alimentos)
HHS	U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
HOPWA	Housing Opportunities for Persons with AIDS (HUD) (Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA)
HPTN	HIV Prevention Trials Network (Red de Ensayos de Prevención del VIH)
HRSA	Health Resources and Services Administration (HHS) (Administración de Recursos y Servicios de Salud)
HUD	U.S. Department of Housing and Urban Development (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU.)
ITS	Infección de transmisión sexual
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales)
NIH	National Institutes of Health (HHS) (Institutos Nacionales de la Salud)
OHAIDP	Office of HIV/AIDS and Infectious Disease Policy (HHS) (Oficina de la Política de VIH/SIDA y Enfermedades Infecciosas de los EE. UU.)
ONAP	Office of National AIDS Policy (Oficina de Política Nacional sobre el SIDA)
PEP	Post-exposure prophylaxis (profilaxis posterior a la exposición)
PrEP	Pre-exposure prophylaxis (profilaxis previa a la exposición)
RWHAP	Ryan White HIV/AIDS Program (HRSA)
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (HHS) (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMAIF	Secretary's Minority AIDS Initiative (Fondo de Iniciativa del SIDA para Minorías de la Secretaría)
START	Strategic Timing of Antiretroviral Therapy (Momento estratégico para el tratamiento antirretroviral)
TARV	Terapia antirretroviral
VCI	Violencia del compañero íntimo
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

APÉNDICE 3

LISTA DE REFERENCIAS

1. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011; 365(6):493-505. doi: 10.1056/NEJMoa1105243

2. Starting Antiretroviral Treatment Early Improves Outcomes for HIV-Infected Individuals [news release]. NIH News. Bethesda, MD: NIH News; May 27, 2015. <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/START.aspx#> Accessed June 5, 2015.

3. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363(27):2587-2599. doi: 10.1056/NEJMoa1011205

4. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367(5):399-410. doi: 10.1056/NEJMoa1108524

5. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012; 367(5):423-434. doi: 10.1056/NEJMoa1110711

6. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection among people who inject drugs in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381(9883):2083-90. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61127-7

7. Advancing the National HIV/AIDS Strategy: CDC's new high-impact approach to HIV prevention funding for health departments. Centers for Disease Control and Prevention. June 2011. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies_funding_ps12-1201_HD_awards_media_factsheet.pdf Accessed June 4, 2015.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data – United States and 6 dependent areas – 2013. HIV Surveillance Supplemental Report. 2015; 20(2). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>

9. Kaiser Family Foundation. The Washington Post/Kaiser Family Foundation 2012 survey of Americans on HIV/AIDS. July 2012. <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8334-f.pdf>

10. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report, 2013. February 2015; 25. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/>

11. Frenk SM, Porter KS, Paulozzi LJ. Prescription opioid analgesic use among adults: United States, 1999–2012. National Center for Health Statistics Data Brief. February 2015; 189. <http://www.cdc.gov/nchs/data/dataBriefs/db189.pdf>

12. Hedegaard H, Chen LH, Warner M. Drug-poisoning deaths involving heroin: United States, 2000–2013. National Center for Health Statistics Data Brief. March 2015; 190. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db190.pdf>

13. Centers for Disease Control and Prevention. Increases in hepatitis C virus infection related to injection drug use among persons aged ≤ 30 years — Kentucky, Tennessee, Virginia, and West Virginia, 2006–2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015;64(17):453-458.
14. Satcher Johnson A, Hall HI, Hu X, Lansky A, Holtgrave DR, Mermin J. Trends in diagnoses of HIV infection in the United States, 2002-2011 *JAMA*. 2014;312(4):432-434. doi:10.1001/jama.2014.8534
15. New York City Department of Health and Mental Hygiene. HIV Surveillance Annual Report, 2013. December 2014. <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/dires/2013-hiv-surveillance-annual-report.pdf>
16. Massachusetts Department of Public Health. Massachusetts STD, HIV/AIDS and Viral Hepatitis Surveillance Report: 2013. October 2014. <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/cdc/aids/std-surveillance-2013.pdf>
17. San Francisco Department of Public Health. HIV Epidemiology Annual Report, 2013. August 2014. <https://www.sfdph.org/dph/files/reports/RptsHIVAIDS/HIVAIDAnnRpt2013.pdf>.
18. Los Angeles County Department of Public Health. 2013 Annual HIV Surveillance Report. April 2014. <http://publichealth.lacounty.gov/wwwfiles/ph/hae/hiv/2013AnnualSurveillanceReport.pdf>.
19. New York State Department of Health. 2015 blueprint for achieving the goal set forth by Governor Cuomo to end the AIDS epidemic in New York State by the end of 2020. March 2015. http://www.health.ny.gov/diseases/aids/ending_the_epidemic/docs/blueprint.pdf
20. End AIDS Washington. <http://endaidswashington.org/> Accessed June 3, 2015.
21. Getting to Zero in San Francisco. <http://www.sfhiv.org/wp-content/uploads/1113-Getting-to-Zero.pdf> Accessed July 9, 2015.
22. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008; 12:1–17. doi: 10.1007/s10461-007-9299-3
23. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance in Adolescents and Young Adults (through 2013). Slide set. <http://www.cdc.gov/hiv/library/slideSets/index.html> Accessed July 9, 2015.
24. 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885299>
25. Centers for Disease Control and Prevention. Effective HIV surveillance among Asian Americans and Native Hawaiians and other Pacific Islanders. April 2013. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies_13_238558_HIVSurveillance_NHAS_v6_508.pdf
26. Centers for Disease Control and Prevention. Improving HIV surveillance among American Indians and Alaska Natives in the United States. January 2013. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies_strategy_nhas_native_americans.pdf

27. Centers for Disease Control and Prevention. Community outbreak of HIV infection linked to injection drug use of oxycodone—Indiana, 2015. *MMWR* 2015; 64(16):443-444.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Demonstration Projects: Care and Prevention in the United States. <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/demonstration/index.html>, Accessed June 3, 2015.
29. Department of Health and Human Services Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>.
30. Skarbinski J, Rosenberg E, Paz-Bailey, et al. Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States. *JAMA*. 2015; 175(4): 588-596. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.8180.
31. Centers for Disease Control and Prevention, Health Resources and Services Administration, National Institutes of Health, American Academy of HIV Medicine, Association of Nurses in AIDS Care, International Association of Providers of AIDS Care, the National Minority AIDS Council, and Urban Coalition for HIV/AIDS Prevention Services. Recommendations for HIV prevention with adults and adolescents with HIV in the United States, 2014. December 11, 2014. <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/26062>
32. U.S. Preventive Services Task Force. Final recommendation statement: human immunodeficiency virus (HIV) infection: screening. December 2014. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening>
33. Centers for Diseases Control and Prevention. 2015 sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015; 64(3). <http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>
34. Moyer, V. Screening for hepatitis C virus infection in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013; 159(5): 349-357. doi: 10.7326/0003-4819-159-5-201309030-00672
35. LeFevre, M. Screening for hepatitis B virus infection in nonpregnant adolescents and adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014; 161(1): 58-66. doi:10.7326/M14-1018
36. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for depression in adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;151:784-792.
37. U.S. Preventive Services Task Force. Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: Screening, January 2013. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening> Accessed July 9, 2015.
38. 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; 20(10):1447-1450. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16791020>

39. Centers for Disease Control and Prevention and Association of Public Health Laboratories. Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: Updated recommendations. June 27, 2014. <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/23447>
40. US Public Health Service. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States: A Clinical Practice Guideline. <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/PrEPguidelines2014.pdf>. Accessed June 3 2015.
41. Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2005; 54(22):1-20. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5402a1.htm>
42. U.S. Department of Health and Human Services. 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. May 24, 2010.
43. Weller S, Davis, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; (1):CD003255. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869658>
44. Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015 Mar 1;68(3): 337-344. doi: 10.1097/QAI.0000000000000461
45. Satcher, D. Evidence-based findings on the efficacy of syringe programs: analysis from the Assistant Secretary for Health and Surgeon General of the scientific research completed since April 1998. Department of Health and Human Services. 2000. <http://www.csam-asam.org/evidence-based-findings-efficacy-syringe-exchange-programs-analysis-scientific-research-completed-ap>
46. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Prevention Behavioral Interventions Selected for Support by the Division of HIV/AIDS Prevention. https://effectiveinterventions.cdc.gov/docs/default-source/general-docs/HIV_Prevention_Behavioral_Interventions_Selected_for_Support_by_the_Division_of_HIV.pdf
47. Centers for Disease Control and Prevention. HIV prevention that works. <https://effectiveinterventions.cdc.gov> Updated 2015.
48. Lasry A, Sansom SL, Hicks KA, Uzunangelov V. Allocating HIV prevention funds in the United States: recommendations from an optimization model. *PLoS One*. June 6, 2012; 7(6):e37545. doi:10.1371/journal.pone.0037545
49. Hamel L, Firth J, Hoff T, Kates J, Levine S, Dawson L. HIV/AIDS in the lives of gay and bisexual men in the United States. September 25, 2014. <http://kff.org/hivaids/report/hivaids-in-the-lives-of-gay-and-bisexual-men-in-the-united-states/>
50. Office of National AIDS Policy, White House Domestic Policy Council. Improving outcomes: accelerating progress along the HIV care continuum. December 2013. https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/onap_nhas_improving_outcomes_dec_2013.pdf

51. Office of National AIDS Policy, White House Domestic Policy Council. Update of 2014 Federal actions to achieve national goals and improve outcomes along the HIV care continuum. December 2014. https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/nhas_2014_progress_report_final_2.pdf
52. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-informed approach and trauma-specific interventions. <http://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>. Updated June 3, 2015.
53. Machtiger, EL, Wilson, TC, Haberer, JE, Weiss, DS. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS Behav.* Nov 2012;16(8): 2091–2100. doi:10.1007/s10461-011-0127-4
54. Kaiser Family Foundation. Assessing the impact of the Affordable Care Act on health insurance coverage of people with HIV. January 7, 2014. <http://kff.org/hivaids/issue-brief/assessing-the-impact-of-the-affordable-care-act-on-health-insurance-coverage-of-people-with-hiv/>
55. Kaiser Family Foundation. Health insurance coverage for people with HIV under the Affordable Care Act: Experiences in five states. December 19, 2014. <http://kff.org/hivaids/issue-brief/health-insurance-coverage-for-people-with-hiv-under-the-affordable-care-act-experiences-in-five-states/>
56. Farnham PG, Gopalappa C, Sansom SL, et al. Updates of lifetime costs of care and quality-of-life estimates for HIV-infected persons in the United States: late versus early diagnosis and entry into care. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64(2):183-9. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182973966
57. Shackman BR, Fleishman JA, Su AE, et al. The lifetime medical cost savings from preventing HIV in the United States. Poster presented at: 2015 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infection; February 23-26, 2015; Seattle, WA.
58. Moore RM, Gebo KA, Lucas GM, Keruly JC. 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. doi: 10.1086/592115
59. Whitman-Walker Health. Red carpet. <http://www.whitman-walker.org/service/medical/red-carpet/>
60. Centers for Disease Control and Prevention. Program collaboration and service integration: enhancing the prevention and control of HIV/AIDS, viral hepatitis, sexually transmitted diseases, and tuberculosis in the United States. http://www.cdc.gov/nchhstp/ProgramIntegration/docs/207181-C_NCHHSTP_PCSI%20WhitePaper-508c.pdf Accessed June 16, 2015
61. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Minority AIDS initiative continuum of care pilot - integration of HIV prevention and medical care into mental health and substance abuse treatment programs for racial/ethnic minority populations at high risk for behavioral health disorders and HIV. April 24, 2014. <http://www.samhsa.gov/grants/grant-announcements/ti-14-013>
62. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction.* 2008;103(9):1484–1492.
63. Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. Reducing the risk of AIDS through methadone-maintenance treatment. *1988;29(3):214–226.*

64. Gowing LR, Farrell M, Bornemann R, Sullivan LE, Ali RL. Methadone treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(2):193–195.
65. Hartel DM, Schoenbaum EE. Methadone treatment protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep*. 1998;113 (Suppl 1):107–115.
66. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Treacy S. Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2002;14(1):77–93.
67. Caplehorn JRM, Ross MW. Methadone-maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *International Journal of the Addictions*. 1995;30(6):685–698.
68. Hubbard RL, Craddock SG, Flynn PM, Anderson J, Etheridge RM. Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) *Psychology of Addictive Behaviors*. 1997;11(4):261–278.
69. Booth RE, Crowley TJ, Zhang YM. Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: Out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 1996;42(1):11–20.
70. Sullivan LE, Moore BA, Chawarski MC, et al. Buprenorphine/naloxone treatment in primary care is associated with decreased human immunodeficiency virus risk behaviors. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008;35(1):87–92.
71. Krupitsky EM, Zvartau EE, Masalov DV, et al. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2006;31(4):319–328.
72. Nosyk B, Min JE, Colley G. et al. The causal effect of opioid substitution treatment on HAART medication refill adherence. *AIDS*. 2015 May 15;29(8):965-73.
73. Sweeney P, Gardner LI, Buchacz K, et al. Shifting the paradigm: Using HIV surveillance data as a foundation for improving HIV care and preventing HIV infection. *Milbank Quarterly*. 2013;91(3): 558–603. doi: 10.1111/milq.12018
74. Iroh PA, Mayo H, Nijhawan AE. The HIV care cascade before, during, and after incarceration: A systematic review and data synthesis. *Am J Public Health*. July 2015;105(7):e5-e16. doi:10.2105/AJPH.2015.302635
75. AIDS Education and Training Center. About the AIDS education and training center program. <http://aidsetc.org/about> Updated April 26, 2014.
76. Capacity Building for High Impact Prevention. www.effectiveinterventions.cdc.gov. Accessed July 9, 2015.
77. Partnerships for Care. Partnerships for care (P4C): health departments and health centers collaborating to improve HIV health outcomes. <http://www.p4chivtac.com/> Updated 2015.
78. Bradford JB, Coleman S, Cunningham W. HIV system navigation: an emerging model to improve HIV care access. *AIDS Patient Care STDS*. 2007; 21: 49-58. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17563290>

79. Rosenblatt RA, Andrilla CH, Catlin M, Larson EH. Geographic and specialty distribution of US physicians trained to treat opioid use disorder. *Ann Fam Med*. 2015 Jan-Feb;13(1):23-6. doi: 10.1370/afm.1735.
80. Agency for Healthcare Research and Quality. 2009 National Healthcare Quality Report. March 2010. <http://archive.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr09/Key.html>
81. Cargill VA, Stone VE. HIV/AIDS: a minority health issue. *Med Clin North Am*. July 2005; 89(4):895-912. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15925655>
82. Hayes V, Blondeau W, Bing-You RG. Assessment of medical student and resident/fellow knowledge, comfort, and training with sexual history taking in LGBTQ patients. *Fam Med*. 2015; 47(5):383-387. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905882>
83. 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. doi: 10.1016/j.jana.2010.02.004
84. U.S. Department of Housing and Urban Development. HIV care continuum: The connection between housing and improved outcomes along the HIV care continuum. 2014. <https://www.hudexchange.info/resources/documents/The-Connection-Between-Housing-and-Improved-Outcomes-Along-the-HIV-Care-Continuum.pdf>
85. Centers for Disease Control and Prevention. Medical examination of aliens - removal of human immunodeficiency virus (HIV) infection from definition of communicable disease of public health significance. *Federal Register*. November 2, 2009; 74(210). <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2009-11-02/pdf/E9-26337.pdf>
86. Moore RD, Keruly JC, Bartlett JG. Improvement in the health of HIV-infected persons in care: reducing disparities. *Clin Infect Dis*. 2012;55:1242–51. doi: 10.1093/cid/cis654
87. CDC. Mortality among Blacks or African Americans with HIV infection — United States, 2008–2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2015; 64(4): 81-86.
88. 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. doi: 10.2105/AJPH.2006.087551
89. 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12576618>
90. Stall R, Mills TC, Williamson J, et al. 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12773359>
91. Campbell, C and Deacon, H. Unravelling the contexts of stigma: from internalisation to resistance to change. *J Community Appl Soc*. 2006; 16(6): 411-417. <http://eprints.lse.ac.uk/2787/>

92. Horvath KJ, Weinmeyer R, Rosser S. Should it be illegal for HIV-positive persons to have unprotected sex without disclosure? An examination of attitudes among US men who have sex with men and the impact of state law. *AIDS Care*. October 2010; 22(10): 1221-8. doi: 10.1080/09540121003668078
93. U.S. Department of Justice, Civil Rights Division. Best practices guide to reform HIV-specific criminal laws to align with scientifically-supported factors. <http://hivlawandpolicy.org/sites/www.hivlawandpolicy.org/files/DOJ-HIV-Criminal-Law-Best-Practices-Guide.pdf>
94. Burris S, Cameron E. The case against criminalization of HIV transmission. *JAMA*. 2008;300(5): 578-581. doi:10.1001/jama.300.5.578.
95. Valdiserri RO, Forsyth AD, Yakovchenko V, Koh HK. Measuring what matters: development of standard HIV core indicators across the U.S. Department of Health and Human Services. *Public Health Rep*. 2013 Sep-Oct;128(5):354-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997280>
96. Centers for Disease Control and Prevention. Using HIV surveillance data to support the HIV care continuum. <https://effectiveinterventions.cdc.gov/en/HighImpactPrevention/PublicHealthStrategies/DatatoCare.aspx>
97. Interagency Federal Working Group. Addressing the intersection of HIV/AIDS, violence against women and girls, and gender-related health disparities. September 2013. https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/vaw-hiv_working_group_report_final_-_9-6--2013.pdf
98. Centers for Disease Control and Prevention. Fact sheet: HIV surveillance supported by the Division of HIV/AIDS Prevention. May 2014. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prevention_ongoing_surveillance_systems.pdf
99. Health Resources and Services Administration. The Ryan White HIV/AIDS program services report. <http://hab.hrsa.gov/manageyourgrant/clientleveldata.html>
100. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of recent HIV and HCV infections among persons who inject drugs. Health Advisory CDCHAN-00377. April 24, 2015. <http://emergency.cdc.gov/han/han00377.asp>
101. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90> Accessed June 16, 2015.
102. Van Handel MM, Branson BM. Monitoring HIV testing in the United States: Consequences of methodology changes to national surveys. *PLoS One*. April 30, 2015; 10(4):e0125637. doi: 10.1371/journal.pone.0125637
103. National Alliance to End Homelessness. The state of homelessness in America, 2013. <http://www.endhomelessness.org/library/entry/the-state-of-homelessness-2013> Accessed June 7, 2015.

Para obtener más información sobre la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA
para los Estados Unidos: actualizada hasta 2020,
visite www.AIDS.gov/2020

**OFICINA DE POLÍTICA NACIONAL SOBRE
EL SIDA DE LA CASA BLANCA**
AIDSpolicy@who.eop.gov
www.whitehouse.gov/onap

