ACABEMOS CON EL SIDA EN WASHINGTON
Diciembre de 2016

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en otros formatos.
Para enviar una solicitud, llame al 1-800-525-0127 (para TDD/TTY, llame al 711).

Número de publicación 150-081

Índice

Resumen ejecutivo 3

Introducción 7

Recomendaciones 20

- **Identificar, atender y reducir el estigma al que se enfrentan las PLWH y las personas en riesgo de contraer el VIH** 21
- **Atender y reducir, de manera que se pueda medir, las disparidades relacionadas con el VIH** 24
- **Implementar pruebas de detección de VIH rutinarias y estandarizadas para todos los habitantes de Washington** 28
- **Incrementar el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), importante herramienta de prevención del VIH** 32
- **Crear un sistema de atención médica que satisfaga las necesidades de las minorías sexuales** 37
- **Eliminar las barreras en cobertura de seguros y aumentar la asequibilidad de la atención médica para las PLWH y las personas en riesgo de contraer VIH** 41
- **Aumentar el acceso a la vivienda segura, estable y asequible para las personas que viven con VIH y las que están en riesgo de contraerlo** 45
- **Brindar atención médica que considere a la persona como un todo para las PLWH y asegurar la continuidad de la atención integral durante toda su vida** 48
- **Lanzar "Un Washington más Saludable para la Juventud": mejorar la educación sobre salud sexual, los servicios de salud física y del comportamiento, y los apoyos y las intervenciones sociales para la juventud de Washington** 54
- **Vigorizar y fortalecer el compromiso y el poder significativos de la comunidad para las personas y las comunidades afectadas de forma desproporcionada por las disparidades y el estigma relacionados con el VIH** 60

Implementación/siguientes pasos 65

Trabajo futuro: Áreas que requieren mayor trabajo identificadas por el Grupo de Dirección de la Planeación para el VIH (HPSG) 68

Resumen ejecutivo | Acabemos con el SIDA en Washington

Estamos en un punto de inflexión crítico en la epidemia del VIH en el estado de Washington. Los índices de diagnósticos nuevos de VIH y SIDA, así como la mortalidad entre las personas que viven con VIH (People Living With HIV, PLWH), han estado disminuyendo gradualmente en el estado de Washington en la última década. Este éxito es producto de avances científicos que han hecho del VIH una afección tratable y de la efectividad de la infraestructura que nuestro estado tiene para su prevención, atención y tratamiento. Las inversiones públicas y las colaboraciones entre las PLWH, las personas que luchan contra el VIH, las organizaciones comunitarias (Community-Based Organization, CBO), el gobierno y los proveedores de atención médica y servicios sociales han puesto a Washington a la vanguardia de los esfuerzos de tratamiento y prevención del VIH. Estas colaboraciones, inversiones e innovaciones nos han permitido estar a punto de terminar con la epidemia de VIH y de mejorar significativamente los resultados sanitarios para las PLWH de nuestro estado.

Pero este éxito no está garantizado, particularmente cuando permanecen las disparidades raciales y étnicas en los índices de infección, en el acceso a la atención y en los resultados sanitarios. Para garantizar la continuación del progreso tendremos que hacer más que sostener los servicios existentes en sus formas actuales. Debemos intensificar nuestros esfuerzos, eliminar barreras, atender los determinantes sociales de la salud y comprometer totalmente a las comunidades que se ven más afectadas por el VIH.

Proclamación del gobernador Inslee para que Acabemos con el SIDA en Washington

En el Día Mundial del SIDA (1.º de diciembre de 2014), el gobernador Inslee emitió una proclamación para que Acabemos con el SIDA en Washington, y estableció una meta para reducir los diagnósticos nuevos de VIH en un 50 % para el año 2020 y reducir las disparidades en los resultados sanitarios para las PLWH. La proclamación se apoya en la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA (National HIV/AIDS Strategy, NHAS) y busca mejorar las oportunidades dentro del marco de Un Washington Más Saludable. Aunque no es posible erradicar por completo el VIH en nuestro estado sin una cura, una reducción significativa en los diagnósticos nuevos y en las disparidades relacionadas con el VIH, junto con un aumento en el porcentaje de las personas a quienes se les diagnostica VIH que cuentan con cargas virales suprimidas, reducirá significativamente el efecto del SIDA en el estado de Washington, además de que mejorará la calidad de vida de las personas que viven con VIH. La proclamación del Gobernador Inslee es un compromiso audaz para acelerar el fin de la epidemia de VIH y mejorar la salud y la calidad de vida de las PLWH, reducir los diagnósticos nuevos y atender las disparidades en los resultados sanitarios.

Equipo de Dirección de Acabemos con el SIDA

La proclamación asignó al Equipo de Dirección de la Planeación para el VIH (HIV Planning Steering Group, HPSG), el organismo encargado de la planeación del tratamiento y la prevención del VIH en todo el estado, la supervisión de un grupo especial de trabajo para establecer un conjunto de recomendaciones acerca de cómo puede el estado lograr las metas de la proclamación. El HPSG estableció el Equipo de Dirección de Acabemos con el SIDA ("Equipo de Dirección") para llevar a cabo un proceso de recepción de comentarios de la comunidad y hacer la propuesta del conjunto inicial de recomendaciones. El Equipo de Dirección incluyó a PLWH, miembros del personal de las CBO, un proveedor médico para VIH, representantes de salud pública y miembros de Washington del Este y del Oeste.

Metas de Acabemos con el Sida en Washington:

El Equipo de Dirección estableció cinco metas para el trabajo de Acabemos con el SIDA en Washington, que incluyen las metas establecidas en la proclamación del gobernador:

- reducción del 50 % en los índices de diagnósticos nuevos de VIH para 2020
- aumentar el porcentaje de personas a quienes se les diagnostica VIH que cuentan con cargas virales suprimidas al menos al 75 % para diciembre de 2016 y al menos al 80 % para 2020

- reducción en las tasas de mortalidad ajustadas por la edad relacionadas entre personas con VIH en un 25 % para 2020
- reducción de las disparidades raciales, étnicas y otras en los resultados sanitarios para las personas que viven con VIH o que están en riesgo de contraerlo
- mejor calidad de vida para las personas que viven con VIH

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH y de las disparidades sanitarias

A través del proceso de comentarios de la comunidad quedó claro que los problemas que se entrecruzan del estigma relacionado con el VIH y las disparidades sanitarias se identifican más comúnmente como barreras importantes para buscar y acceder a las pruebas de detección del VIH, acceder a los servicios de atención médica y apoyo culturalmente apropiados, usar los regímenes de tratamiento o prevención del VIH y permanecer bajo atención.

Las personas que viven con VIH o que tienen riesgo de contraerlo a menudo sufren varios estigmas que se superponen, como, entre otros, el estigma asociado con el VIH, con las pruebas de detección del VIH y con la profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP); el estigma relacionado con la orientación sexual o la identidad de género; el estigma relacionado con la raza o la etnicidad; el estigma relacionado con la pobreza o la indigencia; el estigma relacionado con las afecciones de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias (Substance Use Disorders, SUD). Más aún, las disparidades persistentes, particularmente las disparidades por raza y etnia, relacionadas con el riesgo de contraer VIH, las tasas de diagnóstico y los resultados sanitarios dan como resultado inequidades sanitarias inaceptables. La atención y la reducción de manera medible de los estigmas y las disparidades asociadas con el VIH, dirigidas por un compromiso comunitario sólido y un proceso de empoderamiento, son esenciales para lograr la equidad sanitaria y alcanzar las metas de Acabemos con el SIDA en Washington.

Recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington

El Equipo de Dirección dio prioridad a las recomendaciones que impulsarían una o más de las cinco metas establecidas de Acabemos con el SIDA en Washington y que garantizarían de mejor manera que los sistemas y los apoyos lleguen a comunidades que actualmente carecen de servicios.

Las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington no reemplazan a los programas y las intervenciones exitosos, ni incluyen la lista exhaustiva de todas las labores sobre el VIH que actualmente están en marcha.

Por el contrario, como actualmente hay esfuerzos significativos de tratamiento y prevención del VIH en marcha en los sectores público y privado de Washington, el Equipo de Dirección se enfocó en el desarrollo de recomendaciones de Acabemos con el SIDA que complementarían, adicionarían o expandirían los actuales esfuerzos.

Además, en estas recomendaciones se especifican oportunidades de liderazgo para el gobernador y la legislatura para acabar con el SIDA; además, en un esfuerzo por expandir el alcance de los trabajos de Acabemos con el SIDA, las recomendaciones identifican otros sistemas de gran magnitud (seguros, atención médica, salud conductual, vivienda, educación) en los que la salud pública, a través de la colaboración creativa y comprometida, puede mejorar significativamente los resultados para las PLWH y para quienes están en riesgo de contraer el VIH.

Este informe hace 10 recomendaciones para lograr la meta de Acabemos con el SIDA en Washington y cada recomendación incluye medidas específicas. La reducción de los estigmas y la reducción de las disparidades son sus propias áreas de recomendación y estos temas también atraviesan las otras ocho áreas de recomendación. Las recomendaciones de Acabemos con el SIDA son:

- Identificar, atender y reducir el estigma al que se enfrentan las PLWH y las personas en riesgo de contraer el VIH
- Atender y reducir, de manera que se pueda medir, las disparidades relacionadas con el VIH

- Implementar pruebas de detección de VIH rutinarias y estandarizadas para todos los habitantes de Washington
- Incrementar el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), importante herramienta de prevención del VIH
- Crear un sistema de atención médica que satisfaga las necesidades de las minorías sexuales
- Eliminar las barreras en cobertura de seguros y aumentar la asequibilidad de la atención médica para las PLWH y las personas en riesgo de contraer VIH
- aumentar el acceso a la vivienda segura, estable y asequible para las personas que viven con VIH y las que están en riesgo de contraerlo
- brindar atención médica que considere a la persona como un todo para las PLWH y las personas en riesgo de contraer el VIH, y asegurar la continuidad de la atención integral durante toda su vida
- Lanzar "Un Washington más Saludable para la Juventud": mejorar la educación sobre salud sexual, los servicios de salud física y del comportamiento, y los apoyos y las intervenciones sociales para la juventud de Washington
- Vigorizar y fortalecer el compromiso y el poder significativos de la comunidad para las personas y las comunidades afectadas de forma desproporcionada por las disparidades y el estigma relacionados con el VIH

Comunidades, agencias y sectores que deben liderar este trabajo

La implementación exitosa de Acabemos con el SIDA en Washington requerirá la colaboración entre los sectores y los grupos. Las recomendaciones identifican las siguientes agencias y comunidades como líderes para el trabajo:

- las PLWH y los miembros de las comunidades afectadas por el VIH
- la Oficina del Gobernador
- la legislatura del estado de Washington
- el Departamento de Salud (Department of Health, DOH) del estado de Washington
- organizaciones y sistemas de atención médica
- la Autoridad Sanitaria (Health Care Authority, HCA)
- la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner, OIC)
- la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (Office of the Superintendent of Public Instruction, OSPI) y los distritos escolares locales
- el Sector de Vivienda Asequible
- las jurisdicciones locales de salud (Local Health Jurisdictions, LHJ), los gobiernos locales y los proveedores de servicios

El futuro de la lucha para acabar con la epidemia del SIDA en Washington

El estado de Washington se encuentra en una posición emocionante para construir sobre los firmes cimientos de la inversión pública y la privada para mantener a las PLWH saludables y evitar nuevas infecciones por VIH. Podemos atender los determinantes sociales de la salud y reducir sustancialmente las disparidades raciales y étnicas en los resultados sanitarios. Al mantener los esfuerzos de nuestro estado para proporcionar tratamiento y atención a todas las personas que viven con VIH, al concentrar nuestros esfuerzos en derribar las barreras entre los sistemas y quitar los obstáculos para la atención, al priorizar a las comunidades de color y a otras poblaciones marginadas y al galvanizar a las comunidades para poner estas recomendaciones en acción, Washington reducirá el índice de diagnósticos de VIH a la mitad para 2020, aumentará la supresión viral, reducirá las disparidades relacionadas con el VIH y mejorará de forma significativa el bienestar de las PLWH.

Poner fin al SIDA es posible. Hasta que exista una cura, el estado de Washington está comprometido con las intervenciones innovadoras y colaborativas de los sectores público y privado para que cada persona que viva con VIH o con el riesgo de contraerlo tenga las herramientas y los recursos para proteger su salud y bienestar, para reducir de manera que se pueda medir, las disparidades relacionadas con el VIH y para prevenir nuevos

diagnósticos de VIH. Washington será un modelo para otros estados y jurisdicciones en el combate a la epidemia del VIH.

La implementación exitosa de estas recomendaciones dependerá del liderazgo apasionado e inspirado, una voluntad y una capacidad de autorreflexión y del compromiso de honrar la humanidad fundamental de cada persona alcanzada por este esfuerzo para poner fin a la epidemia del VIH. El HPSG confía en que el estado de Washington tenga estos ingredientes clave en abundancia y espera con ansia el día en que todos podamos celebrar el fin del SIDA.

Acabemos con el SIDA en Washington
Introducción

La epidemia de VIH en Washington durante 2015: Dónde estamos y qué podemos hacer

Mientras continúa la epidemia de VIH, Washington está en una posición para impulsar dramáticamente nuestro progreso hacia el fin del SIDA. Los índices de diagnósticos nuevos de VIH y SIDA, así como la mortalidad entre las personas que viven con VIH (PLWH), han estado disminuyendo gradualmente en el estado de Washington en la última década. Este éxito es producto de avances científicos que han hecho del VIH una afección tratable y de la efectividad de la infraestructura que nuestro estado tiene para su prevención y atención. Esta infraestructura representa una colaboración entre las PLWH, la salud pública, las personas que luchan contra el VIH, las organizaciones comunitarias (CBO), el gobierno, el sistema de atención médica y los proveedores de servicios humanos. Nos ha permitido capitalizar los avances científicos de forma que pocos estados pueden igualar. De hecho, Washington está a la vanguardia de los esfuerzos de prevención, al establecer el primer programa estatal para aumentar el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), un medicamento que las personas negativas para el VIH pueden usar para evitar contagiarse con el VIH. Juntas, estas colaboraciones, inversiones e innovaciones nos han permitido estar a punto de terminar con la epidemia de VIH y de mejorar significativamente los resultados sanitarios para las PLWH de nuestro estado.

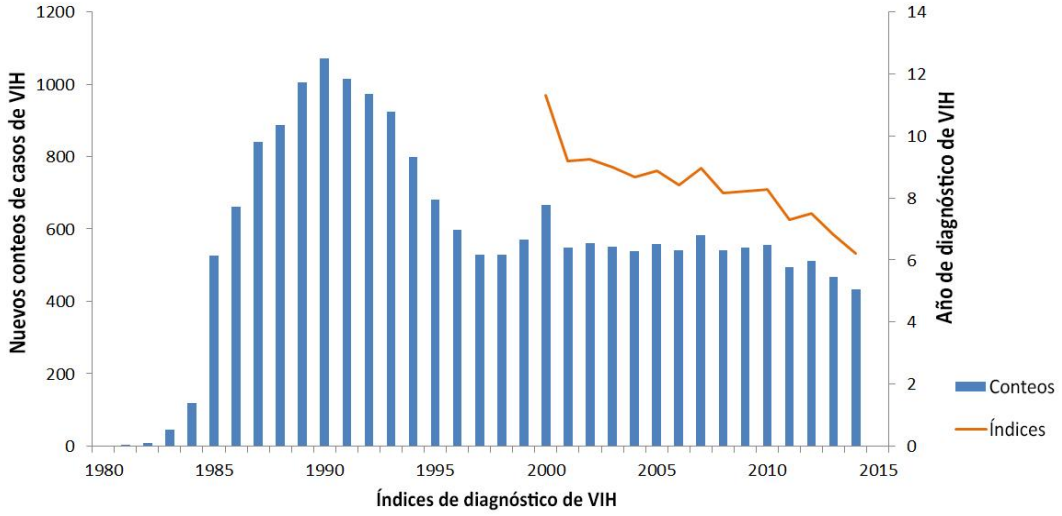
Pero este éxito no está garantizado, particularmente cuando permanecen las disparidades para algunos grupos en términos de índices de infección, acceso a la atención y resultados sanitarios. Para garantizar la continuación del progreso tendremos que hacer más que sostener los servicios existentes en sus formas actuales. Debemos intensificar nuestros esfuerzos, eliminar barreras y comprometer totalmente a las comunidades que se ven más afectadas por el VIH. Nuestro estado ya realiza pruebas y da tratamiento a la población que es positiva para el VIH que es más fácil de alcanzar y que ya cuenta con acceso al sistema de atención médica. Las personas a las que no llegan nuestros programas actuales son las más vulnerables y con frecuencia se enfrentan a varios niveles de estigma, discriminación y otras barreras. Algunas de las personas más vulnerables provienen de comunidades de color o de comunidades de migrantes, que se enfrentan a la pobreza o la indigencia. Muchas de las personas vulnerables se enfrentan a enfermedades mentales o trastornos de abuso de sustancias. Necesitamos un sistema de atención médica y apoyo que esté equipado para alcanzar y acoger a todas las personas que viven con VIH o que están en riesgo de contraerlo, y cubrir las necesidades de cada persona.

Ahora es el momento de aprovechar nuestro impulso. Debemos impulsar el poder de las comunidades más afectadas por el VIH y trabajar entre todos los sectores para lograr mejoras significativas en la salud y el bienestar de las PLWH, para reducir de manera que se pueda medir, las disparidades relacionadas con el VIH y reducir dramáticamente el índice de diagnósticos nuevos de VIH. Al hacerlo, llevaremos al estado de Washington mucho más cerca de poner fin al SIDA.

Datos y cifras:
El primer caso de SIDA en el estado de Washington se diagnosticó en 1981. Desde entonces, a más de 20,000 personas de Washington se les ha diagnosticado VIH y más de 6,500 han muerto. Actualmente hay más de 12,500 personas que se sabe que viven con VIH en Washington. Más del 70 % de las PLWH del estado de Washington son hombres homosexuales y bisexuales. Los índices de contagio recientes han disminuido ligeramente; Washington reporta un promedio de 496 casos nuevos al año desde 2010 hasta 2014.[1]

[1] http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/150-030-HIVSurveillanceSemiAnnualReport1-2015.pdf

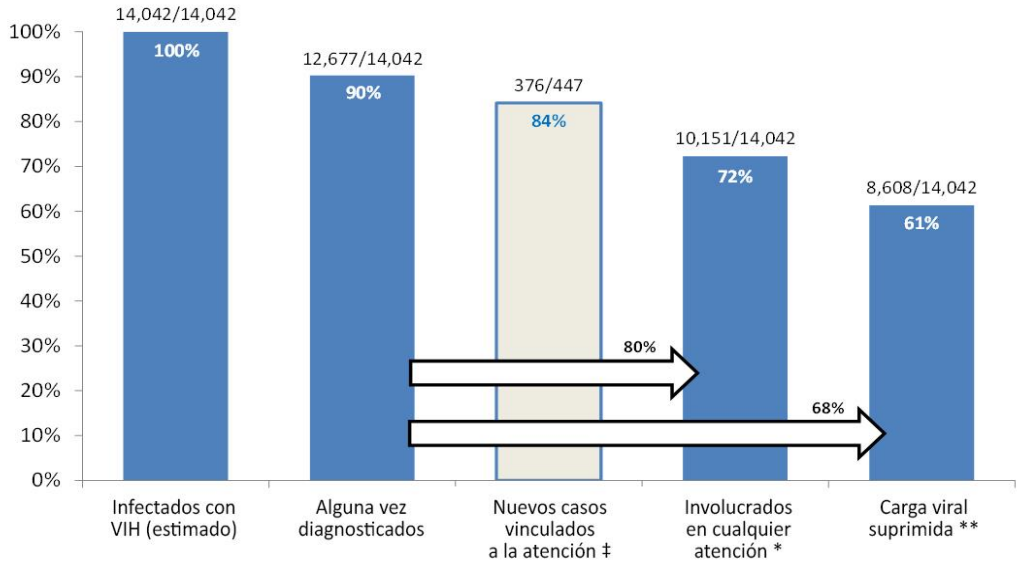
Figura 1. Conteos e índices de diagnósticos nuevos de VIH, estado de Washington, 1981-2014



Con base en la información reportada al Departamento de Salud Estatal de Washington el 31 de marzo de 2015

Continuo de la atención del VIH/SIDA:
El continuo de la atención es una forma útil de ver cuán exitosamente está atrayendo el sistema para el VIH a las PLWH y haciendo que permanezcan bajo atención y en qué puntos las personas dejan de recibir atención. El continuo comienza con el diagnóstico y termina con la supresión viral. La meta del sistema de atención del VIH es llegar al 100 % de atracción en cada paso del continuo, lo que significaría que todas las PLWH están diagnosticadas, se mantienen bajo atención y tienen el virus suprimido, con lo que se mejoraría significativamente la salud y el bienestar individual, y se reduciría enormemente la probabilidad de transmisión.

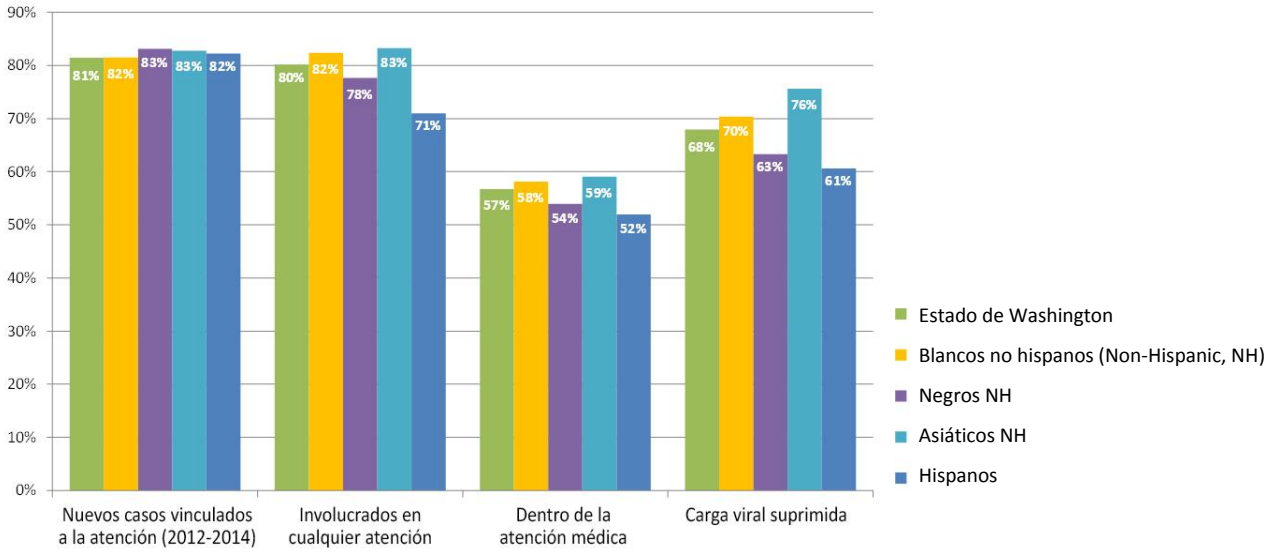
Figura 2. Continuo de la atención del VIH, estado de Washington, 2014



En función de la información de vigilancia reportada al Departamento de Salud del estado de Washington a partir del 30 de junio de 2015.
‡ Limitado a casos de VIH recién diagnosticados vinculados a la atención proporcionada dentro de un periodo de un mes (30 días) a partir del diagnóstico de VIH.
* Incluidos los casos con evidencia de laboratorio de al menos una consulta de atención para el VIH en 2014.
** Supresión con base en si el último resultado de la prueba de carga viral en 2014 fue menor o igual a 200 copias/ml.

El estado de Washington se esfuerza para lograr la equidad en salud. Aunque el estado cuenta con un porcentaje de PLWH atraídas en cada paso de la atención continua mayor que el de todo Estados Unidos, todavía queda más trabajo por hacer, particularmente en términos de reducción de las disparidades raciales y étnicas. También existen brechas entre las PLWH nacidas dentro de Estados Unidos y las nacidas en el extranjero. El estado debe hacer lo posible para garantizar que exista un campo de juego parejo en el que todas las personas tengan acceso suficiente e igual a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH".

Figura 3. Atención para el VIH y supresión viral entre las personas que viven con VIH, por raza/etnia, estado de Washington, 2014



Avances emocionantes en el tratamiento y la prevención del VIH:
Los Lineamientos más recientes para el tratamiento del VIH del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos recomiendan comenzar una terapia antirretroviral (anti-retroviral, ARV) inmediatamente después del diagnóstico de VIH.[2] Cuando se toman de forma consistente, los ARV suprimen el VIH en la sangre al punto de que el VIH es indetectable. Esto no sólo mejora la salud y el bienestar de las PLWH, sino que disminuye en un 96 % el riesgo de contagiar el VIH a un compañero sexual.[3] Puesto en términos simples, el tratamiento es una forma poderosa de prevención.

Los medicamentos para el VIH también pueden evitar que las personas que no están infectadas con el VIH adquieran la infección. La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de Estados Unidos aprobó el tenofovir/emtricitabina (nombre comercial Truvada®), un medicamento ARV, para su uso en personas negativas para el VIH, como una herramienta de prevención llamada profilaxis previa a la exposición (PrEP). Estudios recientes indican que cuando se toma regularmente, la PrEP es casi 100 % eficaz en la prevención de la transmisión del VIH.[4] La PrEP, junto con la distribución de condones y el intercambio de jeringas para personas que se inyectan drogas, es una herramienta esencial de prevención para los individuos negativos para el VIH que tienen riesgo de contraerlo.

Hasta que exista una cura, es imperativo que nuestros sistemas cubran las necesidades de todas las personas que viven con VIH para garantizar los mejores resultados sanitarios posibles y para llegar a todas las personas que tienen riesgo de contraer el VIH y ofrecer acceso a las herramientas y a los recursos de prevención que mejor cubran sus necesidades. Esta es la forma en que estaremos más cerca de terminar con la epidemia en nuestro estado.

Prevención, atención y tratamiento del VIH en el estado de Washington:
La inversión pública y privada y las iniciativas estratégicas que ya están implementadas han hecho de Washington un modelo en cuanto a programas innovadores de prevención, atención y tratamiento del VIH. El Departamento de Salud (DOH) del estado de Washington y las jurisdicciones locales de salud (LHJ) asignan fondos de fuentes federales y estatales para apoyar una amplia variedad de servicios para diagnosticar y tratar a las PLWH y prevenir nuevos diagnósticos. Al trabajar en colaboración, el DOH, las LHJ y las CBO están en los frentes de nuestro trabajo

[2] http://nih.gov/researchmatters/august2015/08102015hiv.htm
[3] http://www.hptn.org/research_studies/hptn052.asp
[4] http://www.medscape.com/viewarticle/850579

para el VIH desde la vigilancia, hasta las pruebas de detección de VIH, pasando por la vinculación con la atención, la gestión de casos médicos y los servicios a parejas. Las LHJ y las CBO han sido y seguirán siendo una parte invaluable de la respuesta de nuestro estado ante el VIH.

El Marco Estratégico de Prevención del VIH del Estado de Washington ("Marco") dirige las inversiones del DOH en prevención, atención y tratamiento del VIH. En 2013, el DOH publicó el Marco, que fue resultado de un proceso de planeación de tres años, guiado por el Equipo de Planeación para la Prevención del VIH (HPPG) que volvió a enfocar las metas, los resultados y las actividades de prevención del VIH en el estado de Washington. El Marco identificó seis resultados:

1. suprimir la carga viral en todas las personas que viven con VIH en el estado de Washington
2. disminuir la incidencia de la gonorrea y la sífilis entre las personas VIH positivas y los hombres homosexuales y bisexuales de Seattle y de las áreas urbanas secundarias[5]
3. aumentar el uso de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) entre los hombres homosexuales y bisexuales de Seattle y de las áreas urbanas secundarias
4. aumentar el uso de la profilaxis posterior a la exposición no ocupacional (non-occupational Post-Exposure Prophylaxis, nPEP) entre los hombres homosexuales y bisexuales de Seattle y de las áreas urbanas secundarias
5. aumentar el uso de los condones entre los hombres homosexuales y bisexuales de Seattle y de las áreas urbanas secundarias
6. aumentar el uso de agujas limpias entre los usuarios de drogas intravenosas (Intravenous Drug Users, IDU) que viven en Seattle y en las áreas urbanas secundarias*

**Las "áreas urbanas secundarias" son: Everett, Kent, Renton, Shoreline, Spokane, Tacoma y Vancouver.*

Usando el Marco como documento guía, el DOH, las LHJ, las CBO y otros organismos están implementando actualmente un conjunto de programas e intervenciones que incluyen:

- **Compromiso de la comunidad**
  Los individuos y las comunidades son esenciales para la respuesta del estado de Washington ante el VIH. El DOH financia algunas CBO y LHJ para comprometer y movilizar comunidades para conectarlas con los servicios de prevención, atención y tratamiento, que incluyen pruebas de detección de VIH/enfermedades de transmisión sexual (ETS), PrEP y tratamiento para el VIH. Los socios logran esto mediante la difusión, la educación y los servicios que ayudan a las personas a inscribirse en seguros de salud y a moverse en el sistema de atención médica. El DOH también financia campañas de comercialización dirigidas a las comunidades más afectadas por el VIH. Un ejemplo es la campaña Somos Uno, que proporciona difusión y conexión con servicios para los hombres homosexuales y bisexuales y los individuos transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres en los condados de King, Pierce y Snohomish.[6]

- **Pruebas de detección de VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS) y vinculación con la atención**
  El DOH financia pruebas de detección de VIH y ETS ofrecidas por las LHJ y las CBO a personas que no pueden o no quieren acceder a estos servicios a través del sistema de atención médica. Para las personas que den positivo en las pruebas de VIH o de una ETS, estos programas facilitan conexiones y vinculación con la atención y al tratamiento apropiados. La meta de estos programas es encontrar personas que viven actualmente con VIH o con una ETS y conectarlos con la atención que necesitan para mantenerse saludables y reducir la probabilidad de que contagien a otras personas.

- **Servicios VIH/ETS para parejas**
  Los servicios para parejas reducen el futuro contagio de VIH/ETS por medio del diagnóstico temprano, el tratamiento y la notificación y las pruebas de detección para las parejas. Las LHJ están capacitadas para

[5] Áreas urbanas secundarias se refiere a Everett, Kent, Renton, Shoreline, Spokane, Tacoma y Vancouver.
[6] http://we-are-one.org/resources/hiv-aids

proporcionar servicios a parejas para las personas que dan positivo en las pruebas de detección de VIH o de ETS. Después de proporcionar apoyo y vinculación a la atención para las personas recién diagnosticadas, los profesionales de los servicios a parejas notifican a las parejas sexuales o a los compañeros de inyección de drogas de la probable exposición al VIH o ETS y los conecta con los servicios de pruebas de detección. Los programas de servicios a parejas también conectan a las personas VIH negativas con alto riesgo para la PrEP.

- **Compromiso de la atención médica**
  La prevención, la atención y el tratamiento exitosos del VIH dependen de manera importante del sistema de atención médica. Para ayudar a garantizar que se tengan disponibles servicios de atención médica de alta calidad, el DOH trabaja muy de cerca con los proveedores de atención médica, los sistemas de atención médica y las personas que pagan por atención médica. Los esfuerzos incluyen escalar el ofrecimiento de servicios preventivos clínicos, la creación de capacidad de cobertura de atención médica relacionada con el VIH y el trabajo con las aseguradoras y los reguladores para eliminar las barreras del costo de los servicios para el VIH.

- **Servicios clínicos**
  Las clínicas financiadas por la Parte C del programa Ryan White brindan atención médica para el VIH en los condados de Seattle, Yakima, Spokane y Pierce. El DOH financia clínicas satélite del Harborview Medical Center en los condados de Snohomish, King, Kitsap y Thurston.

- **Programa de Intervención Temprana (EIP) y el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)**
  El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) financiado por el Programa Ryan White se conoce como Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP) y es administrado por el DOH. El EIP paga las primas de seguros de salud y los copagos y el coseguro por medicamentos relacionados con el VIH, las consultas en el consultorio y los servicios de laboratorio para las PLWH que reúnen los requisitos (la elegibilidad actual es para todas las PLWH que residen en Washington y tienen un ingreso de hasta el 400 % del nivel federal de pobreza o alrededor de $47,000 al año para un individuo soltero).

- **Servicios de apoyo para personas que viven con VIH**
  La gestión de casos médicos ayuda a conectar a las PLWH y otras afecciones de por vida con servicios y recursos sanitarios para ayudarles a ser independientes y lograr y mantener una buena salud. Los administradores de casos juegan un papel esencial en la conexión de las PLWH con los servicios de apoyo, la atención de las barreras para el apego al tratamiento y la promoción del bienestar general de las PLWH. El DOH y Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Public Health Seattle-King County, PHSKC) financian la administración de casos médicos. Las CBO, los proveedores médicos y las LHJ ofrecen este servicio. La DOH y PHSKC también financian terapias de nutrición médica, atención a la salud bucal, servicios de salud mental, tratamientos para pacientes ambulatorios para trastornos por abuso de sustancias, administración de casos no médicos, servicios de vivienda, alimentos y comidas, asesoría para el apego al tratamiento, servicios de apoyo psicosocial, difusión, intervención temprana y transporte médico.

- **Reinserción a la atención médica para el VIH**
  Debido a una diversidad de razones, algunas PLWH abandonan la atención médica en algunos puntos de su vida. Debido a que el tratamiento para el VIH mantiene saludables a las PLWH y reduce la probabilidad de que contagien el VIH a otras personas, el DOH, en asociación con las LHJ y las CBO, trabaja con ahínco para identificar y volver a conectar a las PLWH que ya no reciben atención médica con el sistema de atención médica.

- **Programa de Asistencia para Medicamentos PrEP (PrEP DAP)**
  Washington fue el primer estado del país en comenzar un Programa de Asistencia para Medicamentos PrEP (Drug Assistance Program, PrEP DAP), que ofrece Truvada®, el medicamento antirretroviral aprobado para usarse como PrEP, a las personas que tienen riesgo de contraer el VIH. Al tomarse de forma consistente, la PrEP es altamente eficaz en la prevención del VIH. Hay más de 500 residentes inscritos en la actualidad. El DOH, que administra el PrEP DAP, está trabajando junto con las LHJ y las CBO para identificar y capacitar a proveedores médicos acerca de la PrEP.

- **Programas de servicios de jeringas**
  El DOH usa el dinero de los fondos generales estatales para apoyar los programas de servicios de jeringas. Estos programas, operados por las LHJ y las CBO, proporcionan jeringas estériles y otros equipo de inyección, ofrecen pruebas de detección o referencias para pruebas de detección del VIH y del virus de la hepatitis C (Hepatitis C Virus, HCV), y ayudan a conectar a las personas que se inyectan drogas con los servicios de reducción del daño y otros servicios de apoyo.

- **Distribución de condones**
  El DOH, las LHJ y las CBO financian la distribución de condones para ayudar a garantizar que los condones estén al alcance y tengan precios accesibles para las personas que los necesitan.

En contexto: Esfuerzos nacionales y estatales para el VIH/SIDA y la atención médica:

- **Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA:**
  En 2010, el presidente Obama publicó la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA (National HIV/AIDS Strategy, NHAS), el primer conjunto de prioridades, medidas y resultados medibles de nuestro país para enfrentarse la epidemia nacional de VIH. La Casa Blanca actualizó la NHAS en julio de 2015.[7] La NHAS estableció cuatro metas estratégicas:
  1. reducir las infecciones nuevas
  2. aumentar el acceso a la atención y mejorar los resultados sanitarios para las personas que viven con VIH
  3. reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH y las inequidades sanitarias
  4. lograr una respuesta nacional más coordinada ante la epidemia de VIH

- **Un Washington más Saludable:**
  El estado de Washington está comprometido con la innovación en todo el estado, enfocada en lograr una mejor atención para los pacientes, mejores resultados sanitarios y menores costos de la atención médica. Este esfuerzo se llama Un Washington Más Saludable y está trabajando en todo el sistema de prestación de atención médica para integrar mejor la salud física y la conductual y enfocarse en la atención de la persona integral. Parte de Un Washington Más Saludable es el establecimiento de nueve comunidades de salud responsables (Accountable Communities of Health, ACH), que son asociaciones públicas y privadas que trabajan de forma regional para involucrar a sus comunidades en el establecimiento de prioridades y en la toma de decisiones que giran alrededor de la compra y la prestación de atención médica. Las ACH se enfocan en los determinantes sociales de la salud y en los vínculos entre los esfuerzos clínicos y la comunidad. Otro componente es la aplicación estatal de la exención para la transformación global de Medicaid, que busca sacar provecho de los ahorros en el programa Medicaid del estado para las intervenciones dirigidas a la salud de la persona integral y a la reducción de las disparidades en los resultados sanitarios. Hay numerosas formas en las que el sistema de prevención, atención y tratamiento del VIH puede sacar provecho de las oportunidades que ofrecen las ACH en desarrollo, la exención de Medicaid y otras iniciativas de Un Washington Más Saludable.

[7] http://nih.gov/researchmatters/august2015/08102015hiv.htm

Proclamación del gobernador Inslee para que Acabemos con el SIDA en Washington:
En el Día Mundial del SIDA (1.º de diciembre de 2014), el gobernador Inslee emitió una proclamación para que Acabemos con el SIDA en Washington, y estableció una meta para reducir los diagnósticos nuevos de VIH en un 50 % para el año 2020 y reducir las disparidades en los resultados sanitarios para las PLWH. La proclamación se apoya en la NHAS y busca mejorar las oportunidades dentro del marco de Un Washington Más Saludable. Aunque no es posible erradicar por completo el VIH en nuestro estado sin una cura, una reducción significativa en los diagnósticos nuevos y en las disparidades relacionadas con el VIH, junto con un aumento en el porcentaje de las personas a quienes se les diagnostica VIH que cuentan con cargas virales suprimidas, reducirá significativamente el efecto del SIDA en el estado de Washington, además de que mejorará la calidad de vida de las personas que viven con VIH. La proclamación del gobernador Inslee convirtió a Washington en el segundo estado del país en declarar un fin para el SIDA. Su compromiso audaz tiene potencial para acelerar el fin de la epidemia de VIH mejorando la salud y la calidad de vida para las PLWH, reduciendo los diagnósticos nuevos y atendiendo las disparidades en los resultados sanitarios. El texto completo de la proclamación se encuentra en el Apéndice.

Equipo de Dirección de Acabemos con el SIDA:
La proclamación asignó al Equipo de Dirección de la Planeación para el VIH (HPSG), el organismo encargado de la planeación de la prevención y la atención del VIH en todo el estado, la supervisión de un grupo especial de trabajo para establecer un conjunto de recomendaciones acerca de cómo puede el estado lograr las metas de la proclamación. El HPSG estableció el Equipo de Dirección de Acabemos con el SIDA ("Equipo de Dirección") para llevar a cabo un proceso de recepción de comentarios de la comunidad y hacer la propuesta del conjunto inicial de recomendaciones. El Equipo de Dirección está conformado por PLWH, miembros del personal de las CBO, un proveedor médico para VIH y representantes de salud pública de Washington del Este y del Oeste. El Equipo de Dirección identificó cinco metas para su trabajo.

Metas para Acabemos con el SIDA en Washington:

- reducción del 50 % en los índices de diagnósticos nuevos de VIH para 2020
- aumentar el porcentaje de personas a quienes se les diagnostica VIH que cuentan con cargas virales suprimidas al menos al 75 % para diciembre de 2016 y al menos al 80 % para 2020
- reducción en las tasas de mortalidad ajustadas por la edad relacionadas entre personas con VIH en un 25 % para 2020
- reducción de las disparidades raciales, étnicas y otras en los resultados sanitarios para las personas que viven con VIH o que están en riesgo de contraerlo
- mejor calidad de vida para las personas que viven con VIH

El Equipo de Dirección coordinó un proceso de aportaciones de la comunidad, que ayudó a dar forma a estas recomendaciones y medidas. El Equipo de Dirección escribió el primer borrador de este informe que luego el HPSG analizó, corrigió y aprobó para publicarlo y someterlo a más comentarios del público. El proceso de aportaciones de comentarios del público se incorporará al informe final que se enviará al gobernador Inslee a inicios de 2016.

La iniciativa Acabemos con el SIDA en Washington y el próximo plan de implementación no pertenece a ninguna agencia de gobierno ni a ninguna CBO. Acabemos con el SIDA en Washington es un esfuerzo de la comunidad y sólo tendrá éxito si todos los interesados: las comunidades, el gobierno, el sistema de atención médica y las personas más afectadas por el VIH, se comprometen totalmente con su implementación y se les da poder para tomar decisiones y establecer prioridades. La necesidad de compromiso y liderazgo comunitarios es evidente en las recomendaciones mismas.

Proceso de aportaciones comunitarias:
El Equipo de Dirección de Acabemos con el SIDA trabajó para proporcionar múltiples oportunidades para llegar a las PLWH, los individuos en riesgo de contraer el VIH, los proveedores médicos, los proveedores de servicios de apoyo y otros interesados, en un esfuerzo por escuchar los comentarios de todos los participantes del estado y de todas las comunidades afectadas por el VIH. Los métodos de recepción de aportaciones incluyeron una encuesta

abierta, disponible en inglés y en español, en línea e impresa, por medio de la cual el Equipo de Dirección recibió un total de 137 respuestas. El Equipo de Dirección también llevó a cabo seis foros comunitarios en todo el estado, en Seattle, Tacoma, Everett, Spokane, Yakima y Vancouver, así como conversaciones dirigidas a las comunidades. El Equipo de Dirección buscó la asesoría y las aportaciones de expertos en la materia conforme refinaba las recomendaciones. En www.endaidswashington.org se puede encontrar información acerca de Acabemos con el SIDA en Washington y las formas en que los miembros de la comunidad pueden participar en el proceso. A través de todos estos métodos, aproximadamente 350 personas participaron en la formación de las recomendaciones. Estas personas también proporcionaron comentarios invaluables al proceso en sí mismo y la forma de garantizar el compromiso y el liderazgo comunitarios en el diseño de los planes de implementación para las recomendaciones.

El proceso de aportaciones de la comunidad no ha terminado. Las comunidades afectadas por el VIH serán impulsores esenciales de los planes y las actividades de implementación. Además, este informe y esta serie de recomendaciones tendrán un periodo para recibir comentarios públicos del 1.º de diciembre de 2015 al 15 de enero de 2016.

Barreras y oportunidades identificadas a lo largo del proceso de aportaciones comunitarias:
Varios temas prevalecieron a lo largo de las encuestas y en los foros comunitarios y otras conversaciones, y ofrecieron una poderosa visión de las barreras a las que se enfrentan las PLWH para mantenerse saludables y mantener una alta calidad de vida, así como las barreras a las que se enfrentan las personas en riesgo de contraer el VIH para mantenerse negativos. Las encuestas y las conversaciones comunitarias también ofrecieron la sugerencia de numerosas soluciones e intervenciones para eliminar estas barreras o al menos, para mitigar su efecto. Estas ideas se enumeran con detalle en la sección Recomendaciones del informe y se resumen brevemente aquí:

Barreras identificadas por las personas que respondieron la encuesta:

- **Estigma:** El estigma fue la barrera más comúnmente identificada a lo largo de las encuestas y en los foros comunitarios. Los múltiples estigmas que afectan a muchas PLWH y comunidades afectadas por el VIH se ven en todos los aspectos del continuo de la atención.
- **Determinantes sociales de la salud, incluida la pobreza y sus efectos:** Con frecuencia, las PLWH y las personas que tienen riesgo de contagiarse del VIH viven en la pobreza. La inestabilidad en la vivienda y la indigencia, la inseguridad alimentaria, la falta de transporte y otros problemas relacionados con la pobreza son barreras importantes para acceder a la atención y mantenerla.
- **Acceso a la atención médica y costos:** Muchas personas que respondieron a la encuesta señalaron los altos costos de la atención médica relacionada con el VIH, así como los retos para acceder a proveedores de atención médica para el VIH sensibles a la cultura (incluidos los proveedores sensibles al tema de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero [Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, LGBT]), y a especialistas en salud mental y otros especialistas, particularmente en las áreas rurales.
- **Necesidades de la atención y el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias y para la salud mental:** Muchas PLWH y personas que tienen riesgo de contraer el VIH también se están enfrentando a retos debido al uso de sustancias y a afecciones de salud mental, así como a retos con la disponibilidad y la idoneidad cultural de los servicios.
- **Falta de conocimiento acerca del VIH:** Las personas que respondieron la encuesta y los participantes en los foros comunitarios reportaron una falta de conocimiento y falta de conciencia acerca del VIH entre las comunidades afectadas, así como entre el público en general. Se observó que esta falta de conocimiento contribuye tanto al riesgo de contraer VIH como al estigma relacionado con el VIH.

Oportunidades identificadas por las personas que respondieron la encuesta:

- **Avances médicos, incluidos los tratamientos más eficaces contra el VIH y la PrEP:** La respuesta a la encuesta y de la comunidad indica un alto nivel de emoción por la promesa de la PrEP como herramienta

de prevención, así como esperanza en el éxito de los esfuerzos de investigación para encontrar una cura y una vacuna.

- **Salud y medicina a distancia:** El creciente uso de la salud y la medicina a distancia para ayudar a las personas de las áreas rurales o a cualquier persona que no pueda acceder a la atención en el consultorio ofrece un modelo útil para mejorar el acceso de las PLWH y las personas que están en riesgo de contraer el VIH a los servicios de atención médica, de salud mental y otros.
- **Esfuerzos de todo el sistema para integrar la salud física y la conductual:** El enfoque de Un Washington más Saludable en la salud de la persona integral y en la integración de los servicios de salud física y mental es un modelo emocionante para satisfacer las complejas necesidades de muchas PLWH y personas que están en riesgo de contraer el VIH y para crear formas de acceso con menos dificultades a una variedad de servicios.
- **Aprovechamiento de la experiencia de la comunidad:** Las personas que respondieron la encuesta y los participantes en los foros discutieron la eficacia de utilizar la experiencia de las PLWH y de los miembros de las comunidades afectadas en todos los aspectos de planeación, implementación y evaluación del programa.

Una oportunidad adicional identificada por el DOH es el trabajo que realizan salud pública, las CBO y los sistemas de atención médica para incrementar el enfoque en la atención de los determinantes sociales de la salud que perpetúan las inequidades en la salud. Por ejemplo, la Exención para la Transformación Global de Medicaid del estado, de tener éxito, permitirá el uso de recursos de Medicaid para atender los determinantes sociales de la salud, que podrían beneficiar en gran medida a las personas de bajos ingresos que viven con VIH o están en riesgo de contraerlo.

Disparidades relacionadas con el VIH

A pesar de las mejoras en la reducción del índice de diagnósticos nuevos, en la vinculación y la retención en la atención de las personas VIH positivas y en el logro de la supresión viral entre la población en general, algunos grupos de nuestro estado siguen enfrentándose a disparidades persistentes. La atención y la reducción de estas disparidades son un imperativo moral y son esenciales para el éxito de Acabemos con el SIDA en Washington.

Un grupo de trabajo de énfasis especial para el HPSG publicó el informe Disparidades sanitarias relacionadas con el VIH (HIV-Related Health Disparities) en marzo de 2015.[8] El informe identifica disparidades que sufren poblaciones específicas en cuanto a indicadores clave relacionados con el continuo de la atención:

- <u>Índices de diagnóstico de VIH</u>
  Los hombres homosexuales y bisexuales están en riesgo desproporcionado de contraer VIH en Washington. Los índices de diagnóstico de VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales son 150 veces más altos que los de los hombres y las mujeres heterosexuales. Los negros nacidos en Estados Unidos tienen cuatro veces más probabilidad de que les diagnostiquen VIH en comparación con los residentes blancos, y los residentes negros nacidos en el extranjero tienen 16 veces más probabilidad que los blancos de recibir un diagnóstico de VIH. Los hispanos nacidos en el extranjero tienen tres veces más probabilidad de ser VIH positivos que los residentes blancos.
- <u>Diagnóstico tardío de VIH</u>
  Los residentes nacidos fuera de Estados Unidos tienen una probabilidad desproporcionada de recibir un diagnóstico tardío de VIH, lo que quiere decir que una persona recibe un diagnóstico de SIDA en un periodo de un año a partir del diagnóstico inicial de VIH. Mientras que el diagnóstico tardío de VIH tiene un índice del 33 % entre los blancos, en los negros nacidos en el extranjero es del 40 % y del 43 % entre

[8] http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/150-071-HIVHealthDisparitiesSEWReportMar2015.pdf

los hispanos nacidos en el extranjero. Además, alrededor de la mitad de todos los casos nuevos de VIH entre adultos de 45 años de edad o más fueron diagnósticos tardíos.

- Vinculación a la atención
  La vinculación a la atención, lo que significa ser referido exitosamente a la atención médica para el VIH en un periodo de 90 días posteriores al diagnóstico de VIH, es sustancialmente menor para los negros nacidos en Estados Unidos (77 %), en comparación con los blancos (90 %) y los negros nacidos en el extranjero (95 %).
- Compromiso/retención en la atención
  Los hispanos nacidos en el extranjero y los negros nacidos en Estados Unidos tienen menor probabilidad de permanecer en atención (51 % y 55 %, respectivamente) que los blancos (60 %). Los adultos más jóvenes que viven con VIH tienen considerablemente menos probabilidades de ser referidos y continuar siendo atendidos que los adultos de más edad que viven con VIH.
- Supresión viral
  Se pueden observar disparidades similares en las tasas de supresión viral. Mientras que los residentes blancos que tienen VIH presentan una tasa de supresión viral del 70 %, solo el 58 % de los negros nacidos en Estados Unidos que tienen VIH presentan supresión viral, el 64 % de los hispanos nacidos en Estados Unidos y el 55 % de los hispanos nacidos en el extranjero.

Cabe señalar que las disparidades para los grupos varían a lo largo del continuo de la atención y requieren estrategias de atracción cuidadosamente diseñadas, dependiendo del grupo y de la zona en la que se presente la disparidad.

Determinación del conjunto de recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington: El Equipo de Dirección dio prioridad a las recomendaciones que impulsarían una o más de las cinco metas establecidas de Acabemos con el SIDA en Washington y que garantizarían de mejor manera que los sistemas y los apoyos lleguen a comunidades que actualmente carecen de servicios.

Las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington no reemplazan a los programas y las intervenciones exitosos, ni incluyen la lista exhaustiva de todas las labores sobre el VIH que actualmente están en marcha.

Por el contrario, como actualmente hay esfuerzos significativos de tratamiento y prevención del VIH en marcha en los sectores público y privado de Washington, el Equipo de Dirección se enfocó en el desarrollo de recomendaciones de Acabemos con el SIDA que complementarían, adicionarían o expandirían los actuales esfuerzos.

Además, en estas recomendaciones se especifican oportunidades de liderazgo para el gobernador y la legislatura para acabar con el SIDA; además, en un esfuerzo por expandir el alcance de los trabajos de Acabemos con el SIDA, las recomendaciones identifican otros sistemas de gran magnitud (seguros, atención médica, salud conductual, vivienda, educación) en los que la salud pública, a través de la colaboración creativa y comprometida, puede mejorar significativamente los resultados para las PLWH y para quienes están en riesgo de contraer el VIH.

El Equipo de Dirección revisó y consideró cuidadosamente todos los comentarios que recibió de la comunidad, incluidas todas las respuestas a la encuesta en línea e impresa, en inglés y en español; todos los mensajes recibidos por correo electrónico en info@endaidswashington.org; todos los comentarios de foros comunitarios y otros diálogos concertados para Acabemos con el SIDA en Washington, y las conversaciones cara a cara.

El Equipo de Dirección usó tanto los comentarios de la comunidad como los datos de las investigaciones de fuentes locales, estatales y nacionales. Además, el Equipo de Dirección consultó a expertos en la materia respecto para redactar varias de las medidas que se detallan en este informe.

Como se señaló líneas arriba, el Equipo de Dirección dio prioridad a las recomendaciones que impulsarían una o más de las cinco metas establecidas de Acabemos con el SIDA en Washington y que garantizarían de mejor manera

que los sistemas y los apoyos lleguen a comunidades que actualmente carecen de servicios. El Equipo de Dirección también dio prioridad a las recomendaciones que abren paso a otras oportunidades o recursos, así como al enlace con el Marco Estratégico contra el VIH.

El Equipo de Control clasificó los comentarios de la comunidad en recomendaciones que necesitarían o se beneficiarían de la influencia o la dirección del gobernador, recomendaciones que se pondrían a consideración del DOH u otras agencias y recomendaciones puestas a consideración de las CBO y otras. La respuesta a todos los comentarios que se recopilaron a través del proceso de aportaciones de la comunidad se encuentra en el Apéndice.

El Equipo de Dirección entregó el informe preliminar y las recomendaciones al HPSG el 11 de septiembre de 2015 y el Equipo de Dirección presentó el informe y aceptó preguntas y comentarios del HPSG en su reunión del 17 de septiembre de 2015. Luego, el Equipo de Dirección incorporó las correcciones solicitadas, y el HPSG recibió el informe y tomó medidas sobre varios cambios propuestos el 19 de noviembre de 2015, antes de publicar una versión actualizada del "borrador para discusión pública".

El DOH publicará el borrador para discusión pública el 1.° de diciembre de 2015 para un periodo de discusión pública de 45 días. Tras el cierre del periodo de discusión pública, el DOH y el Equipo de Dirección revisarán todas las aportaciones e identificarán modificaciones adicionales para ponerlas a consideración del HPSG en su reunión de febrero de 2016.

Tras la actuación final del HPSG en febrero de 2016, se enviará el informe Acabemos con el SIDA (End AIDS) al gobernador y al DOH para que empiecen a coordinar la implementación de las recomendaciones.

Estas son recomendaciones y medidas de alto nivel para alcanzar las metas establecidas en la proclamación del gobernador. Este documento no es un plan de implementación; la implementación deberá lograrse por medio de un sólido proceso de participación y liderazgo comunitarios. En la sección Trabajo futuro/siguientes pasos del documento de recomendaciones se proponen algunas formas de llevar a cabo este trabajo.

Con la mirada en el futuro: La visión de Acabemos con el SIDA en Washington para 2020

Las recomendaciones siguientes se han desarrollado cuidadosamente con el fin de abordar las oportunidades tanto a corto como a largo plazo para alcanzar los objetivos de Acabemos con el SIDA en Washington. Existe un sólido compromiso de reducir el estigma y las desigualdades relacionadas con el VIH y de apostar por formas nuevas de participación comunitaria. Aunque varias de las medidas propuestas parten de las labores vastas que ya llevan a cabo organizaciones comunitarias y la salud pública, muchas de las medidas reflejan alianzas nuevas o más sólidas entre la salud pública y otros sistemas tales como la atención médica, los seguros, la vivienda, la salud mental y la educación. Aunque aún hay mucho por hacer, se pueden lograr grandes avances para acabar con el SIDA en el estado de Washington.

Acabemos con el SIDA en Washington Recomendaciones

Identificar, abordar y reducir el estigma al que se enfrentan las PLWH y las personas en riesgo de contraer el VIH

Dependencias/sectores afectados: Legislatura, Departamento de Salud, organizaciones y sistemas de atención médica, jurisdicciones y proveedores locales de servicios, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH

Antecedentes:

Las personas que viven con VIH (PLWH) y las personas de comunidades afectadas por el VIH suelen verse afectadas por un estigma relacionado con el VIH, así como por varios estigmas más, tales como los relacionados con la raza, la sexualidad o la identidad de género, la pobreza, el estado de salud mental o el consumo de sustancias. El estigma se puede sufrir en entornos sociales y familiares, escuelas, sistemas de atención médica, organizaciones y comunidades religiosas, agencias de servicios sociales, el sistema de justicia penal y otros. Aunque es posible que el estigma relacionado con el VIH esté disminuyendo, una cantidad considerable de los participantes en la encuesta de Acabemos con el SIDA reportó que las diferentes formas de estigma siguen siendo un obstáculo considerable para hacerse la prueba de detección del VIH, para seguir recibiendo atención, revelar su estatus en relación con el VIH, iniciar y mantener el uso de la PrEP y para la calidad de vida en general.

> "Atender el estigma [es lo más importante a considerar para alcanzar los objetivos de Acabemos con el SIDA en Washington] porque el estigma impide que la gente se haga la prueba de detección, que venga a nuestros consultorios en busca de ayuda o que busque atención médica. El estigma sigue perpetuando los mitos y la desinformación sobre el VIH/SIDA y las comunidades más afectadas. Diversos estigmas y niveles de discriminación son la causa de las disparidades sanitarias en las comunidades marginadas. La atención del estigma a través de intervenciones conductuales y sociales dentro de las comunidades puede influir en gran medida en los cuatro objetivos".
>
> *- Proveedor de servicios para el VIH*

Para alcanzar los objetivos de Acabemos con el SIDA en Washington, tanto el gobierno como los proveedores de atención médica, las organizaciones comunitarias, las comunidades religiosas y la sociedad en general deben hacer esfuerzos serios para atender y reducir el estigma que afecta a las PLWH y a las personas que están en riesgo de contraer VIH. Debemos ir más allá para crear entornos y servicios que respalden a las personas LGBT, a las personas de color y a las personas afectadas por las diversas formas de estigma que propician la transmisión del VIH, para que se acepten como son, vivan su vida con orgullo y para que gocen de buena salud. El trabajo en este aspecto debe empoderar a las personas LGBT, a las personas de color y a otros grupos que se enfrentan al estigma, además de incrementar la conciencia cultural de los profesionales y de otras personas con el fin de que brinden los servicios de forma cálida y receptiva.

La Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA: Actualizada hasta 2020, identifica la eliminación del estigma como una prioridad:

"**Se debe eliminar el estigma y la discriminación para reducir las barreras a la prevención, la prueba de detección y la atención del VIH.** El estigma relacionado con el 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 VIH. Es imperativo que todos los niveles del gobierno reconozcan la existencia de esta diversidad de prejuicios y trabajen para combatir el estigma y la discriminación a fin de reducir las nuevas infecciones y mejorar los resultados sanitarios

para las personas que viven con 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."[i] *(El énfasis se hace en el original.)*

Las fuentes del estigma pueden ser difusas y requieren de un esfuerzo comunitario multisectorial para buscar el cambio, que involucre a los sistemas y los proveedores de atención médica; las empresas; las organizaciones y los líderes religiosos; los funcionarios de elección popular y las dependencias gubernamentales; los miembros de las comunidades y las familias; entre otros.

Dirección del trabajo para la reducción del estigma. Aunque el Grupo de Dirección de la Planeación para el VIH (HPSG) recomendó que el Departamento de Salud (DOH) sea la "entidad a cargo", también manifestó que para que esta clase de trabajo (y el trabajo para las disparidades y la participación de la comunidad) sea eficaz y exitosa, es esencial que los líderes conceptualicen e implementen este trabajo de maneras novedosas (especial y específicamente para incluir las aportaciones y el liderazgo de los miembros de la comunidad en los procesos de diseño e implementación). Las recomendaciones del HPSG sobre CÓMO avanzar en la implementación de esta recomendación se encuentran en la sección Implementación/pasos siguientes de este informe.

Medidas:

1. **<u>Departamento de Salud</u>:**
    a. **Reunir un grupo de trabajo de énfasis especial (Special Emphasis Workgroup, SEW) que aborde el estigma relacionado con el VIH.**
    Al igual que el SEW que se centró en las disparidades relacionadas con el VIH, este SEW para el estigma debe reunir a PLWH, miembros de las comunidades afectadas, organizaciones religiosas, proveedores de atención y a otros actores con el fin de analizar las causas y los efectos de los estigmas a los que están expuestas las PLWH y las personas que están en riesgo de contraer VIH en el estado de Washington, y proponer medidas para reducir dichos estigmas. Se entiende que el estigma relacionado con el VIH incluye al estigma relacionado con las pruebas de detección del VIH y al estigma relacionado con el uso de la profilaxis previa a la exposición (PrEP). Se debería invitar a ayudar en este esfuerzo a miembros de la Junta de Asesoría Comunitaria del Centro para la Investigación sobre el SIDA (Center for AIDS Research Community Advisory Board, CFAR CAB) que formen parte del Grupo de Trabajo sobre el estigma del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (men who have sex with men, MSM).

    b. **Respaldar la participación y el liderazgo de PLWH y de miembros de las comunidades afectadas en la planeación y la evaluación de los programas de combate al VIH.**
    Las recomendaciones para este ámbito se enumeran totalmente en la recomendación para la participación de la comunidad de este informe.

2. **<u>Legislatura</u>:**
    a. **Modernizar las leyes del estado de Washington sobre la exposición y la transmisión del VIH para que reflejen los avances científicos y para reducir el estigma relacionado con el VIH.**
    Las leyes penales actuales del estado deberían reformarse para eliminar la injusta discriminación basada en la condición de portador del VIH. Además es necesario capacitar a los fiscales y a otros funcionarios encargados de la aplicación de las leyes sobre el riesgo y la transmisión del VIH, con el fin de asegurar que la ley penal se implemente de forma adecuada.

3. **<u>Organizaciones y sistemas de atención médica</u>:**
    a. **Al implementar las medidas para reducir/eliminar las disparidades relacionadas con el VIH** (consulte la recomendación de reducir las disparidades relacionadas con el VIH, inmediatamente después de esta recomendación)**, tome en cuenta y atienda los efectos de las diversas formas**

de estigma sobre los grupos que sufren las disparidades.
El estigma relacionado con el VIH y las disparidades relacionadas con el VIH se refuerzan mutuamente; la atención de un obstáculo requiere que se atienda el otro.

b. **Vigilar el acceso a los seguros médicos para garantizar que no se discrimine a las PLWH ni a las personas que están en riesgo de contraer el VIH en las opciones de cobertura de seguro, particularmente en los planes de seguro médico de empleadores privados, con base en el costo percibido o en la afección médica.**
Varios de los participantes en la encuesta indicaron experiencia con patrones que no quieren brindar cobertura de seguro médico a empleados VIH positivos por su costo. Aunque esto es anecdótico, es necesario vigilar el acceso a los seguros y las otras formas de discriminación a los empleados.

Cómo se atiende el estigma en las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington:

1. En general: dando nombre a los estigmas y a la forma en que se perpetúan, incluso sin intención, en las recomendaciones y en las medidas.
2. Haciendo que las pruebas de detección de VIH sean un asunto de rutina y común para todos los habitantes de Washington.
3. Informando a los miembros de la comunidad y a los proveedores sobre la PrEP.
4. Creando un sistema de atención médica que satisfaga las necesidades de las minorías sexuales.
5. Contando con apoyo proactivo para incrementar el acceso a las pruebas de detección del VIH y a la PrEP por parte de la Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner, OIC) y de la legislatura.
6. Incrementando la sensibilidad cultural de los proveedores de servicios de vivienda y de albergues para personas sin hogar en la creación de espacios seguros para las PLWH, las personas LGBT (incluidos los jóvenes LGBT), las personas de color, los inmigrantes, los refugiados y las personas que se inyectan drogas (Persons Who Inject Drugs, PWID).
7. Incrementando la sensibilidad cultural de los proveedores, a lo largo de un sistema de atención médica de nueva integración, con el fin de reducir el(los) estigma(s) que afecta(n) a las PLWH, a las personas que están en riesgo de contraer VIH y a las personas que buscan servicios de salud conductual.
8. Incrementando la educación para la salud sexual, los servicios y el apoyo culturalmente adecuados para jóvenes LGBT y jóvenes de color, dentro y fuera de la escuela.
9. Poniendo en marcha un proceso integral y significativo de participación y empoderamiento comunitario que dirija la implementación de todas las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington.

Abordando y reduciendo de manera que se pueda medir, las disparidades relacionadas con el VIH

Dependencias/sectores afectados: Departamento de Salud, organizaciones y sistemas de atención médica, jurisdicciones locales y proveedores de servicios, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH.

Antecedentes:

La epidemia del VIH ha afectado a algunos grupos más que a otros. Con el fin de entender la forma en la que estas disparidades afectan a las personas del estado de Washington, el Departamento de Salud creó un Grupo de Trabajo de Énfasis Especial para las disparidades relativas al VIH (Special Emphasis Workgroup on HIV-Related Disparities, SEW-D) para examinar con más detalle los datos de todo el estado. El informe del SEW se publicó en febrero de 2015.[ii]

El SEW reconoció la relación de las disparidades en salud con el contexto social en general: *"Las disparidades sanitarias relacionadas con el VIH no existen de forma aislada. Son parte de un sistema de desigualdades más amplio que existe. Se agravan y se exacerban con la injusticia diaria que uno experimenta. Como… SEW para las disparidades sanitarias… convocado como parte del Sistema de Planeación contra el VIH del Estado de Washington, reconocemos nuestra función de identificar y proponer estrategias relacionadas directamente con la prestación de los servicios relacionados con el VIH. Sin embargo, creemos que para lograr la visión que se describe en la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA, será necesario cambiar los paradigmas. Se requerirá un enfoque de justicia social que no solo analice los indicadores específicos de la desigualdad, sino que también intente atender los temas generalmente relacionados con los determinantes sociales de la salud".*

La visión de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA es:
Que Estados Unidos se vuelva un lugar en el que las nuevas infecciones por VIH sean cosa rara y en el que, cuando ocurran, cada persona, sin importar su edad, género, raza/etnia, orientación sexual, identidad de género o situación socioeconómica, tenga acceso irrestricto a una atención de alta calidad, que sirva para prolongar la vida y que esté libre de estigmas y de discriminación.

> "Las desigualdades sociales que propician la transmisión del VIH no hacen más que empeorar. No estamos atendiendo los determinantes sociales del VIH".
> *- Proveedor de servicios para el VIH*

El SEW examinó los datos de Washington sobre el VIH relacionados con la raza y la etnia; el origen, ya sea estadounidense o extranjero; la orientación sexual, sea de hombres homosexuales/bisexuales u hombres y mujeres heterosexuales; la geografía; la edad, y los determinantes de salud específicos (ingresos, educación y pobreza). El SEW-D identificó las siguientes disparidades específicas:

1. En general: los hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas/etnias, en comparación con los hombres heterosexuales, experimentan una disparidad real debido a la infección por VIH de más de 150 a 1. Esta disparidad se está atendiendo en detalle en la labor que se lleva a cabo dentro del marco actual del HPSG.

2. Los residentes negros nacidos en EE. UU. experimentan disparidades en la participación en la prevención (Prevention Participation, PreP) y la aplicación de pruebas de detección, en su enlace con la atención, en la permanencia en la atención y en la supresión de la carga viral (en el caso de los negros nacidos en EE. UU., es necesario mejorar básicamente todo el continuo de la atención, empezando por la prevención). Las disparidades para los afroestadounidenses, en comparación con los blancos son de 4 a 1 en el caso de la infección por VIH. El setenta y siete por ciento de los negros nacidos en EE. UU., una vez que reciben el diagnóstico, se enlazan con la atención, en comparación con el 90 por ciento de los blancos. Los datos muestran que entre los negros nacidos en EE. UU., las tasas de retención en la atención son menores y,

como resultado, es diez puntos porcentuales menos probable que alcancen la supresión viral en comparación con otros grupos.

3. Los habitantes negros nacidos en el extranjero experimentan disparidades en la cantidad de diagnósticos tardíos. Los negros nacidos en el extranjero tienen 100 veces más probabilidades de resultar infectados que los blancos y es más probable que se hayan contagiado en sus países de origen, así que hacerse pruebas de detección lo más pronto posible tras su llegada a EE. UU. ayudaría a atender la disparidad en cuanto a infecciones por VIH en el caso de los negros nacidos en el extranjero.

4. Los hispanos nacidos en el extranjero también arrojan índices más altos de diagnósticos tardíos, niveles menores de retención en la atención y niveles menores de supresión de la carga viral (gran parte del continuo de la atención).

   Los hispanos nacidos en el extranjero tienen tres veces más probabilidades de contagiarse que los blancos y se exponen a un riesgo elevado de diagnóstico tardío de VIH (al 43 % se le diagnostica SIDA en los 12 meses siguientes a haber recibido el diagnóstico de VIH) y tienen un nivel bajo de supresión viral (55 %) en relación con los blancos no hispanos. Estos datos deberían propiciar un nuevo énfasis en la prevención, la detección y la retención en la atención del VIH en el caso de esta población que se ve afectada de forma desproporcionada. Existen datos cualitativos suficientes para ver que cierta porción de estas infecciones ocurre en EE. UU., lo que requiere que se garantice un mayor énfasis en la prevención.

   Las personas cuyo estatus en EE. UU. es de indocumentados se enfrentan a mayores dificultades para tener acceso a la atención médica en general, situación que debe atenderse efectivamente si se busca que las personas indocumentadas tengan acceso a la prevención y se mantengan en tratamiento.

5. Los adultos más jóvenes (de 18 a 35 años) son el grupo con tasas menores de retención en tratamiento. Aproximadamente el 51 por ciento de los adultos más jóvenes se mantienen en tratamiento en comparación con el 58 por ciento del total.

6. Además, se identificaron áreas geográficas específicas como “zonas de peligro” de infección por VIH, de acuerdo con los niveles de educación e ingresos de los habitantes. Esta información codificada geográficamente requiere un mayor análisis para verificar las “zonas de peligro” de infección por VIH con el fin de usarla en labores focalizadas de prevención/detección.

El enfoque del SEW incluyó la forma de definir las disparidades, cuáles disparidades relacionadas con el VIH aparentemente importan más, qué puede hacerse para reducirlas y cómo se las debe vigilar a lo largo del tiempo. Luego, se relacionaron los hallazgos sobre disparidades con los datos socioeconómicos por zona censual para tener un panorama más amplio de los determinantes sociales relacionados con el ingreso y la educación. De ahora en adelante, sería útil determinar si se puede relacionar los datos raciales y étnicos con los datos de ingresos y educación en las zonas codificadas geográficamente.

Los hallazgos del SEW se detallan en su informe, mismo que se incluye en el Apéndice de este informe.

Dirección del trabajo para la reducción de las disparidades. Aunque el HPSG recomendó que el Departamento de Salud tenga un papel principal, también manifestó que para que esta clase de trabajo (y el trabajo de reducción del estigma y de participación comunitaria) sea eficaz y exitosa, es esencial que los líderes conceptualicen e implementen este trabajo de maneras novedosas (especial y específicamente para incluir las aportaciones y el liderazgo de los miembros de la comunidad en los procesos de diseño e implementación). Las recomendaciones del HPSG sobre CÓMO avanzar en la implementación de esta recomendación se encuentran en la sección Implementación/pasos siguientes de este informe.

Medidas:

1. **<u>Grupo de Trabajo de Énfasis Especial en Disparidades Relacionadas con el VIH, Departamento de Salud</u>:**
    a. **Volver a convocar al SEW para definir las disparidades específicas relacionadas con el VIH y sentar los objetivos numéricos adecuados para reducir las disparidades de la forma siguiente:**
        i. En general: hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas a los que se atiende por medio del marco actual del HPSG.
        ii. Residentes negros nacidos en EE. UU.: Prevención (PreP), detección, mejorar el enlace con la atención, la retención en el tratamiento y la supresión de la carga viral (en el caso de los negros nacidos en EE. UU., es necesario mejorar básicamente todo el continuo de la atención, empezando por la prevención).
        iii. Residentes negros nacidos en el extranjero: detección, para reducir la cantidad de diagnósticos tardíos.
        iv. Hispanos nacidos en el extranjero: prevención (PreP) y detección para reducir la cantidad de diagnósticos tardíos, mejorar la retención en el tratamiento, mejorar la supresión de la carga viral (gran parte del continuo de la atención).
        v. Adultos más jóvenes (de 18 a 35 años): mejorar la retención en la atención.
        vi. Analizar la información codificada geográficamente para verificar las "zonas de peligro" de infección por VIH con el fin de usarla en labores focalizadas de prevención/detección.

2. **<u>Departamento de Salud</u>**:
    a. **Garantizar la asignación de recursos para la prevención y el tratamiento del VIH y dar prioridad a la resolución de las disparidades en las comunidades negras y latinas, tal como se refleja en los objetivos de la Medida n.° 1 antes mencionada.**
    Los miembros de estas comunidades deberían tener una intervención considerable en la planeación, el diseño y la implementación de programas e intervenciones para atender las disparidades, en colaboración con los financiadores, los legisladores y los proveedores de servicios.

    b. **Coordinar un proceso de participación y empoderamiento de la comunidad, encabezado por miembros de las comunidades afectadas, para diseñar programas que atiendan y reduzcan las disparidades relacionadas con el VIH.**
    Las labores que buscan la participación y el empoderamiento de la comunidad deberían incluir a miembros de todas las comunidades afectadas por las disparidades relacionadas con el VIH, incluidas las poblaciones que el SEW identificó (hombres homosexuales y bisexuales de todos los estratos; negros e hispanos nacidos en EE. UU. y en el extranjero y PLWH mayores y jóvenes), así como a otras poblaciones que se sabe que experimentan disparidades, incluidas las personas transgénero/no binarias y las personas que se inyectan drogas (PWID). A través de estos esfuerzos deberían identificarse formas de disminuir las disparidades a lo largo de todo el continuo de la atención, así como las disparidades en el uso de herramientas de prevención tales como la PrEP.

    c. **Considerar el fomento y la financiación de alianzas entre las organizaciones comunitarias (CBO) y la comunidad jurídica para cerrar las brechas en el acceso a los servicios de asesoría legal para las PLWH y los miembros de las comunidades afectadas.**
    Explorar las alianzas posibles entre la comunidad jurídica y las CBO con el fin de brindar apoyo jurídico a las PLWH y a los miembros de las comunidades afectadas. Las PLWH de bajos ingresos y las PLWH de color suelen carecer de acceso a estos servicios.

    d. **Desarrollar y publicar un "Tablero de Disparidades" en el que se lleve registro, por condado y a nivel estatal, de todos los objetivos de Acabemos con el SIDA, de las cifras de referencia y del progreso anual.**
    Convocar a diálogos regulares sobre la magnitud y el ritmo de los avances en la reducción de las disparidades entre los grupos mencionados y estar preparados para corregir el rumbo. Los

tableros de datos estatales y por condado deberán publicarse en línea con el fin de que los interesados y los miembros de la comunidad puedan ver los avances que se están logrando.

e. **Integrar los objetivos para la disminución de las disparidades relacionadas con el VIH en todas las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington y en toda la cartera de servicios para la comunidad de personas con VIH.**
Para atender y disminuir exitosamente las disparidades relacionadas con el VIH, se debe aplicar en todas las labores relacionadas con el VIH un enfoque en la reducción de las disparidades. En todo este conjunto de recomendaciones hay puntos específicos sobre la forma en la que las medidas reducirán las disparidades; el Departamento de Salud debería aplicar este enfoque en toda la cartera de servicios para la comunidad de personas con VIH. Además, estas labores deben incluir la mención y la resolución del racismo institucionalizado, de los prejuicios antiinmigrantes y de otros factores concurrentes que afectan a las personas negras, hispanas y a los jóvenes que están en riesgo elevado de contraer VIH.

f. **Usar las investigaciones y otros recursos para fomentar, entre quienes toman las decisiones y entre otros trabajadores de salud pública, una comprensión más profunda de las disparidades relacionadas con el VIH y de los efectos de varios grados en las comunidades.**
Los recursos tales como la Encuesta de los estadounidenses (2011) de la Fundación Kaiser pueden ayudar a quienes toman las decisiones a entender cabalmente las inquietudes, los intereses y las experiencias de vida de las comunidades afectadas por las disparidades relacionadas con el VIH.

Cómo se atienden las disparidades en las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington:

1. Aumentando el apoyo en la detección para los hombres homosexuales y bisexuales y para otros grupos desproporcionadamente afectados por el VIH.
2. Reduciendo las barreras de costos de la PrEP e incrementando la promoción y la información culturalmente pertinente sobre la PrEP.
3. Creando un sistema de atención médica que satisfaga las necesidades de las minorías sexuales con el fin de reducir las disparidades en el sistema de atención médica a las que se enfrentan los hombres homosexuales y bisexuales, así como las personas transgénero/no binarias.
4. Incrementando el acceso a los medicamentos de especialidad, incluidos los antirretrovirales que se usan para el tratamiento y la prevención del VIH mediante la reducción de los obstáculos a la cobertura de seguros con el fin de resolver las disparidades a las que se enfrentan las personas de bajos ingresos, las comunidades de color y otras personas que carecen de forma desproporcionada del acceso a una atención médica asequible e integral.
5. Disminuyendo la falta de vivienda para las PLWH y las personas que están en riesgo de contraer VIH con el fin de reducir las disparidades en los resultados sanitarios que se agravan por la indigencia y la inestabilidad de la vivienda, mismas que afectan de forma desproporcionada a las personas de color, a los jóvenes LGBT y a otros.
6. Creando un sistema de atención médica integrado y completo que incluya opciones de salud a distancia con el fin de resolver las disparidades que experimentan las PLWH, las personas que están en riesgo de contraer VIH y las personas que buscan servicios de salud conductual, incluidos los habitantes de zonas rurales.
7. Incrementando el acceso a una educación integral e incluyente sobre salud sexual, a servicios de atención médica, a condones y a servicios juveniles culturalmente adecuados, dentro y fuera del sistema escolar, con el fin de resolver las disparidades que experimentan los jóvenes LGBT y los jóvenes de color, incluidos quienes carecen de vivienda.
8. Poniendo en marcha un proceso integral y significativo de participación y empoderamiento comunitario que dirija la implementación de todas las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington.

Implementar pruebas de detección de VIH rutinarias y estandarizadas para todos los habitantes de Washington

Dependencias/sectores afectados: Legislatura, Departamento de Salud, Autoridad Sanitaria, Oficina del Comisionado de Seguros, jurisdicciones locales y proveedores de servicios, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH

Antecedentes:
La detección del VIH es la piedra angular de la prevención y la atención del VIH y es uno de los componentes esenciales tanto de la Estrategia Nacional Contra el VIH/SIDA como del plan estatal de Washington para acabar con el SIDA[iii]. Diagnosticar a las personas que tienen VIH desemboca en un cambio de conducta a largo plazo[iv]; da a las personas VIH negativas que están en riesgo la oportunidad de considerar la PrEP, misma que puede reducir el riesgo de transmisión de VIH en un 92 por ciento[v], y permite que las personas infectadas inicien una terapia antirretroviral que les salve la vida, lo que puede reducir el riesgo de transmisión del VIH en un 96 por ciento[vi].

Uno de cada diez residentes de Washington que vive con VIH no ha recibido un diagnóstico
Son demasiadas las PLWH que no saben de su infección. El Departamento de Salud (DOH) del estado de Washington estima que una de cada diez PLWH del estado no ha recibido un diagnóstico. Estas personas se enfrentan a los efectos adversos para la salud de una infección por VIH sin tratar y tienen el potencial de transmitir el VIH a otras personas sin saberlo. En muchos casos, las personas que no han recibido un diagnóstico podrían no identificarse como personas que tienen alto riesgo de contraer el VIH o podrían encontrarse con el estigma que les impide hacerse las pruebas de detección o revelar a sus proveedores de atención médica las conductas de riesgo.

> "Pruebas de detección del VIH con todas las pruebas de sangre [eso haría para acabar con el SIDA en Washington]".
> *- Receptor de servicios de prevención o de tratamiento para el VIH*

Incorporar las pruebas de detección del VIH a la atención médica de rutina es una de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (Preventive Services Task Force, USPSTF) y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC).
La normalización de las pruebas de detección del VIH para hacerlas un componente habitual de la atención médica puede servir para identificar a las personas que no saben que viven con VIH, para animarlos a recibir un tratamiento que les salve la vida y para reducir la transmisión del VIH. El que las pruebas de detección del VIH sean habituales tiene la intención de identificar a las personas a las que pueden no llegar las labores tradicionales de salud pública, con lo que se reduciría la transmisión del VIH, la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la infección y las disparidades raciales y étnicas que caracterizan a la epidemia del VIH.

En 2006, los CDC recomendaron a los proveedores de atención médica que instituyeran las pruebas opcionales de detección de VIH de rutina para los pacientes de entre 13 y 64 años en todos los ámbitos de la atención médica.[vii] Posteriormente, el USPSTF incluyó las pruebas regulares de detección del VIH en las recomendaciones de Grado A para personas de entre 15 y 64 años.[viii] Esta recomendación garantiza que todas las pólizas de seguros médicos cubran el costo total de la prueba de detección del VIH sin copagos in deducibles. A pesar de estas recomendaciones, la aplicación de pruebas de detección del VIH todavía no es habitual en el estado de Washington. En parte, esto refleja las inquietudes residuales que persisten en el interior de las organizaciones de atención médica respecto a la necesidad de documentar el consentimiento del paciente antes de llevar a cabo las pruebas de detección del VIH. Aunque la prevalencia en general de la infección por VIH en la población en general del estado de Washington es baja, acabar con la epidemia de VIH en el estado de Washington requerirá de esfuerzos renovados para hacer pruebas de detección a las personas que no buscan voluntariamente hacerse la prueba, personas a las que no llegan los esfuerzos actuales. Hacer que las pruebas de detección del VIH sean

rutinarias es parte central de los esfuerzos para identificar las infecciones en las poblaciones a las que no llegamos actualmente.

Además, las pruebas de detección del VIH ofrecen a los proveedores de atención médica la oportunidad de discutir y, si es adecuado, recetar la PrEP a las personas VIH negativas que están en riesgo. Aunque ha aumentado el uso de la PrEP en las poblaciones en riesgo, los niveles actuales de uso entre la población siguen siendo bajos. Particularmente las personas con factores de riesgo, tales como los hombres homosexuales y bisexuales a quienes se han diagnosticado enfermedades de transmisión sexual, tienen más probabilidades de contraer el VIH que las personas de bajo riesgo. En general, las tasas de infección por VIH entre los hombres homosexuales y bisexuales son 150 veces más altas que las de los hombres y mujeres heterosexuales.[ix] A través de la aplicación regular de las pruebas de detección del VIH, se ofrece a las personas que están en riesgo oportunidades continuas de tener acceso a la PrEP con el fin de reducir la probabilidad de infección.

Medidas:

1. **Legislatura:**[9]
    a. **Promulgar leyes que exijan que los proveedores de atención médica de primer nivel, los departamentos de emergencias y las clínicas de cuidados urgentes y de atención sin cita de Seattle y de las zonas urbanas secundarias* del estado ofrezcan pruebas de detección del VIH a las personas que no tengan registro de pruebas previas de detección del VIH. Estas leyes deberían incluir la simplificación del consentimiento para las pruebas de detección del VIH para permitir que la aplicación de la prueba de detección del VIH sea optativa sin que sea necesario documentar el consentimiento de forma adicional al consentimiento general para recibir atención.**

    **Las zonas urbanas secundarias son: Everett, Kent, Renton, Shoreline, Spokane, Tacoma y Vancouver.*

    El actual Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC; Capítulo 246-100)[x] permite las pruebas de detección optativas, pero no *exige* a los proveedores de atención médica que ofrezcan la prueba a sus pacientes. Además, aunque las reformas recientes a la ley se pensaron para facilitar el consentimiento opcional, muchas organizaciones de atención médica han interpretado que la ley indica que sigue siendo necesario pedir la documentación del consentimiento por separado. Al afinar el proceso de consentimiento y detección y al responsabilizar al sistema de prestación de atención médica de la implementación de las pruebas optativas de detección de VIH, nuestro estado tendrá un porcentaje mayor de habitantes sometidos a la prueba de detección de VIH. Entre las opciones de detección debería estar la detección a través de una prueba serológica tradicional o una prueba rápida cuando sea adecuado. Las pruebas de detección optativas permitirán que más PLWH estén en contacto con la atención y reducirá el estigma relacionado con el VIH. Es preciso señalar que la recomendación de las pruebas de detección optativas de rutina no excluye la aplicación más frecuente de pruebas de detección a personas en mayor riesgo de contraer VIH.

    Además, Washington debería seguir la pauta de los CDC respecto a que el consentimiento general para recibir atención cubre el consentimiento para la aplicación de una prueba de detección del VIH sin la documentación de un consentimiento por separado[xi] y apoyar a los

[9] El HPSG hace notar que esta es una gran oportunidad para exigir que se hagan pruebas rutinarias de detección del virus de la hepatitis C (HCV) al mismo tiempo que las pruebas rutinarias de detección del VIH. Es muy importante aprovechar esta oportunidad para lograr ambos. Consulte la sección Trabajo futuro de este informe para ver recomendaciones adicionales sobre la importancia de llevar a cabo labores adicionales sobre el HCV. Aunque el HPSG optó por centrar este informe en el VIH, es esencial abordar al HCV por sí solo.

proveedores para que pongan en práctica esta pauta. Esto reducirá los obstáculos para la aplicación de las pruebas de detección del VIH y reducirá el estigma relacionado con el VIH.

b. **Continuar e incrementar el apoyo para las pruebas frecuentes de detección del VIH, con el respaldo de los departamentos de salud, para las poblaciones de alto riesgo de contagio de VIH, tal como se estableció en las recomendaciones sobre pruebas de detección del VIH y de ETS de la oficina de Salud Pública de Seattle y el Condado de King (PHSKC).**[xii]
La epidemia del VIH en el estado de Washington está sumamente concentrada: más del 70 por ciento de los casos se presentan en hombres homosexuales y bisexuales. Aunque el mayor énfasis en las pruebas de detección en entornos médicos es parte importante de una estrategia exitosa para identificar a las personas infectadas con VIH, los programas de detección específicos para el VIH, tales como la detección a través de organizaciones comunitarias (CBO) y de clínicas especializadas en ETS son un componente crucial del plan estatal para acabar con la epidemia del VIH, y requerirán un apoyo sostenido.

2. **Departamento de Salud:**[10]
   a. **Capacitar a los profesionales de atención primaria, de atención de emergencia y de cuidados urgentes para que ofrezcan a los pacientes una prueba de detección del VIH como parte de las pruebas diagnósticas de rutina.**
   Uno de los obstáculos actuales para la implementación de las pruebas optativas de detección del VIH es el distinto nivel de familiaridad y comodidad de los proveedores con la aplicación de la prueba y la entrega del resultado. Además, es posible que los proveedores que no tratan regularmente a PLWH no conozcan los servicios disponibles para la persona a la que le acaban de diagnosticar VIH. Es esencial capacitar en detección del VIH, asesoría y referencia para el tratamiento a los proveedores de atención primaria, de atención de emergencia y de cuidados urgentes.

3. **Autoridad Sanitaria:**
   a. **Evaluar que se permita que los proveedores no clínicos, tales como las CBO, las jurisdicciones sanitarias locales (LHJ), los centros de tratamiento para la farmacodependencia y otras entidades cobren a Medicaid las pruebas de detección de VIH que hayan hecho en el campo.**
   El acceso de los pacientes es un componente crucial de la implementación exitosa de las pruebas optativas de detección del VIH. Algunas personas no pueden o quieren acceder a las pruebas de detección del VIH en un entorno formal de atención médica. Por esta razón, los proveedores de servicios no relacionados con la atención médica que estén capacitados para aplicar las pruebas de detección del VIH deberían tener la opción de cobrarle a Medicaid las pruebas aplicadas en el campo. La capacitación para la detección del VIH debe incluir información sobre cómo poner en contacto con los servicios de tratamiento y apoyo a las personas a las que se les acaba de hacer el diagnóstico.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Uno de los resultados que se pretende obtener al hacer que las pruebas de detección del VIH sean rutinarias y normalizadas (medida 1a) es reducir el estigma relacionado con la aplicación de la prueba de detección del VIH ofreciendo la prueba a todos los pacientes.

---

[10] El HPSG hace notar que esta es una oportunidad crucial para implementar las pruebas rutinarias de detección del virus de la hepatitis C (HCV) al mismo tiempo que las pruebas rutinarias de detección del VIH. Es muy importante aprovechar esta oportunidad para lograr ambos. Consulte la sección Trabajo futuro de este informe para ver recomendaciones adicionales sobre la importancia de llevar a cabo labores adicionales sobre el HCV. Aunque el HPSG optó por centrar este informe en el VIH, es esencial abordar al HCV por sí solo.

2. Uno de los resultados que se pretende obtener al capacitar a los proveedores para que ofrezcan una prueba de detección del VIH y para que sepan cómo poner en contacto con la atención a los pacientes que reciban un resultado positivo (medida 2a) es reducir el estigma relacionado con el VIH al que los pacientes pueden enfrentarse en entornos clínicos aumentando la habilidad y la confianza de sus proveedores para brindar la atención relacionada con el VIH.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Uno de los resultados que se pretende obtener al fomentar la aplicación frecuente de pruebas de detección a las personas que tienen alto riesgo de contraer VIH (medida 1b) es atender el impacto desigual del VIH en los hombres homosexuales y bisexuales.
2. Uno de los resultados que se pretende obtener al considerar permitir que los proveedores no clínicos, tales como las CBO, le cobren a Medicaid las pruebas de detección del VIH (medida 3a) es reducir las disparidades relacionadas con el VIH que experimentan los hombres homosexuales y bisexuales, las comunidades de color y los jóvenes, que en algunos casos tienen más probabilidades de tener acceso a los servicios relacionados con el VIH y las ETS con esta clase de proveedores.

Incrementar el acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP), importante herramienta de prevención del VIH

Dependencias/sectores afectados: Oficina del Gobernador, legislatura, Departamento de Salud, Oficina del Comisionado de Seguros y Aseguradoras, Autoridad Sanitaria, Bree Collaborative, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH.

Antecedentes:

A lo largo de las tres décadas pasadas, las personas con mayor riesgo de contraer VIH han cambiado considerablemente sus conductas con el fin de protegerse y proteger a sus parejas sexuales. En particular, el surgimiento de la epidemia del VIH provocó un aumento importante en el uso de condones, particularmente en las comunidades más afectadas por el VIH. Sin embargo, como ocurre con otras conductas que tienen efectos adversos en la salud, es difícil lograr un cambio constante y sostenido. A pesar de la adopción de conductas sexuales más seguras, ha persistido el contagio del VIH.

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) ofrece a las personas en riesgo una nueva herramienta para tomar un papel activo para seguir siendo VIH negativos. La PrEP implica tomar una sola pastilla (Truvada® [emtricitabina/tenofovir]) todos los días para evitar la infección por VIH. Cuando se toma con constancia, la PrEP reduce el riesgo de infección por VIH para las personas que están en riesgo hasta en un 92 por ciento. Con base en este nivel alto de protección y al reconocer la necesidad de intervenciones efectivas adicionales que protejan a la gente del VIH, la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA (NHAS) actualizada hasta 2015 incluye a la PrEP como uno de sus cuatro pilares para la prevención del VIH.[xiii] Asimismo, el CDC recomienda usar la PrEP como herramienta de prevención para personas con riesgo sustancial de VIH,[xiv] incluidas las personas involucradas en relaciones serodiscordantes, los hombres homosexuales o bisexuales que tienen parejas sexuales cuyo estado de VIH se desconoce, y las personas que se inyectan drogas. Los Lineamientos de Implementación de la PrEP de 2015 del DOH y PHSKC también definen las características de los pacientes con alto riesgo de infección de VIH que son candidatos potenciales para la PrEP.

En concordancia con la NHAS y el CDC, Acabemos con el SIDA en Washington resalta la PrEP como una intervención probada científicamente y altamente efectiva. Por lo tanto, la iniciativa busca hacer que la PrEP esté ampliamente disponible para las personas con riesgo alto de infección por VIH, y promover el uso de la PrEP entre dichas personas.

Usar la PrEP proporciona a las personas la capacidad de tomar medidas para protegerse de la infección. Dota a las personas con VIH de mayor control de sus vidas y su salud.

> "Aumentar los esfuerzos de la PrEP en todo el estado: exigir que todos los proveedores médicos obtengan capacitación en la PrEP (por lo menos, para entender qué es, a dónde pueden referir a los pacientes para obtenerla y cómo pueden ayudar a los pacientes a inscribirse en el PrEP DAP)".
>
> *- Proveedor de servicios*

Hay muchos retos para aumentar el uso de la PrEP como forma de prevenir el VIH y terminar con la epidemia. Primero, y tal vez es lo más importante, el alto costo de Truvada® (aproximadamente $1,200/mes) es una gran potencial barrera que limita la capacidad de algunas personas que están en riesgo para acceder al medicamento.

El estado de Washington ha sido un líder nacional en la expansión del acceso a la PrEP al iniciar el primer Programa de Asistencia para Medicamentos PrEP (PrEP DAP) en todo el estado. Este programa actualmente brinda acceso a Truvada® a más de 500 residentes de Washington sin cargo para ellos. Aunque el PrEP DAP cubre el costo de los medicamentos, actualmente no cubre los costos de las consultas de seguimiento y los análisis de laboratorio necesarios, que resultan onerosos, de acuerdo con los consumidores. Además, conforme este programa se expande, los fondos disponibles al final se terminarán.

En segundo lugar, es posible que el uso de la PrEP no esté llegando a todas las comunidades y las personas que se pueden beneficiar. Específicamente, es posible que el uso de la PrEP entre los hombres homosexuales y bisexuales negros (población afectada por el VIH de manera desproporcionada) sea inadecuado. Por ejemplo, de las 500 personas inscritas en el PrEP DAP, hasta la fecha de este escrito, sólo el dos por ciento son negros, mientras que la población negra de Washington representa el 18 por ciento de los diagnósticos nuevos de VIH.

Para garantizar que todos aquellos que necesitan la PrEP tengan acceso a ella, se debe reducir el prohibitivo costo actual de los medicamentos para la PrEP y se debería incluir la PrEP en las pólizas de seguro como un servicio preventivo cubierto.

Medidas:

1. **Gobernador:**
    a. **Emitir una declaración sobre la importancia de atender el costo de la PrEP para el Día Mundial del SIDA u otro momento oportuno.**
    El gobernador también debería trabajar con los legisladores y con la delegación de congresistas de Washington para emitir declaraciones similares que demuestren un amplio apoyo entre los funcionarios de elección popular para aumentar el acceso a la PrEP.

    b. **Colaborar con otros gobernadores, fabricantes de medicamentos y aseguradoras para reducir el costo de la PrEP y otros medicamentos especializados.** [11]
    Discusiones de alto nivel en varios estados podrían proporcionar el impulso necesario para atender significativamente los altos costos de los medicamentos recetados y ayudar a reducir los precios de la PrEP y de otros medicamentos especializados. Además, un compromiso con las aseguradoras debe incluir educación sobre la PrEP para promover su cobertura como un servicio preventivo.

2. **Legislatura:**
    a. **Aumentar el financiamiento estatal para el PrEP DAP para satisfacer las necesidades de los residentes de Washington con riesgo alto de adquirir el VIH.**
    Hasta que se implementen con éxito otras recomendaciones enfocadas en aumentar la cobertura de los seguros y reducir los costos asociados con la PrEP, el estado debería asignar financiamiento suficiente para sostener el PrEP DAP.

    b. **Establecer máximos para los costos a cargo del asegurado para todos los medicamentos antirretrovirales especializados, incluidos aquellos usados como PrEP.**[12]
    Un posible modelo es la reciente implementación por parte de Covered California de topes para el copago y el coseguro por medicamentos especializados cubiertos por planes de salud calificados.[xv] Los máximos para los costos a cargo del asegurado atenderán parte del desafío de la asequibilidad.

3. **Oficina del Comisionado de Seguros:**
    a. **Nominar los lineamientos clínicos de la PrEP como un tema de declaración de recomendaciones ante el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF) para que considere la posibilidad de que queden cubiertos como servicios preventivos de Grado A o**

---

[11] El HPSG señala que esta es una oportunidad crítica para atender el asunto del costo de los medicamentos para el virus de la hepatitis C (VHC) al mismo tiempo que el de aquellos para el VIH y el de otros medicamentos especializados. Es muy importante aprovechar esta oportunidad para atender ambos. Consulte la sección Trabajo futuro de este informe para ver recomendaciones adicionales sobre la importancia de llevar a cabo labores adicionales sobre el HCV. Aunque el HPSG optó por centrar este informe en el VIH, es esencial abordar al HCV por sí solo.

[12] Vea la nota que se encuentra justo arriba de esta.

B y, por lo tanto, no tengan ningún costo para los pacientes.[xvi]
Los lineamientos clínicos incluyen consultas sobre las reacciones y pruebas de laboratorio de seguimiento. Con una calificación de Grado A o B por parte del USPSTF, todos los servicios asociados con la PrEP quedarían cubiertos sin costo directo para los pacientes.

b. **Coordinar un esfuerzo con otras oficinas de seguros estatales para reunir solicitudes adicionales para considerar cambios en los lineamientos del USPSTF para incluir la PrEP como servicios preventivos de Grado A o B.**
La colaboración entre varios estados demostraría un amplio interés en considerar este cambio en los lineamientos del USPSTF.

c. **Supervisar y revisar las listas de medicamentos de los planes de salud para garantizar que las prácticas no sean discriminatorias con respecto a los medicamentos antirretrovirales para el VIH.**
Las prácticas discriminatorias pueden incluir copagos altos, asignación de niveles, autorización previa, políticas de fallar primero o un coseguro bajo, y pueden ser barreras para acceder a los medicamentos como la PrEP, así como a otros medicamentos especializados.

4. **<u>Departamento de Salud</u>:**

a. **Explorar formas de brindar apoyo del PrEP DAP o trabajar con la OIC para garantizar la cobertura de los seguros para todos los servicios asociados con la PrEP, incluidas las consultas y las pruebas de laboratorio, así como el medicamento mismo.**
Después de reconocer que las consultas y las pruebas de laboratorio de seguimiento podrían requerir onerosos costos no reembolsables para los usuarios de la PrEP, el DOH debería examinar la mejor forma de aplicar su financiamiento finito para garantizar que ninguno de los costos asociados con la PrEP sea una barrera para utilizar con éxito esta herramienta de prevención.

b. **Asignar financiamiento para la difusión y la comercialización de la PrEP impulsadas por la comunidad y para iniciativas para la inscripción al PrEP DAP que deberán ser diseñadas e implementadas por organizaciones que lleguen a las personas de alto riesgo, como los hombres homosexuales y bisexuales negros y latinos, y las personas transgénero/no binarias.**
Las decisiones sobre el financiamiento deberían atender intencionalmente las disparidades en el conocimiento sobre la PrEP y el acceso a ella, como lo hará la cartera de servicios comunitarios de VIH ampliados. Los esfuerzos de comercialización deberían conformarse con base en una investigación que identifique las lagunas en el conocimiento y las ideas equivocadas sobre la PrEP, así como la manera de acceder a ella.

c. **Crear un sistema de apoyo que implemente servicios para respaldar el uso exitoso de la PrEP entre las poblaciones de alto riesgo**.
Estas intervenciones deberían incluir precondiciones conocidas del uso exitoso de la PrEP, incluido el aseguramiento médico y la afiliación, la instrucción sobre salud, el acceso a la atención médica, la exploración de la atención médica y la coordinación de la atención médica continua. De nuevo, esto está planeado según la cartera de servicios comunitarios de VIH ampliados.

d. **Trabajar para ampliar el número de proveedores médicos que prescriben la PrEP y fomentar el desarrollo de un grupo de proveedores médicos que las personas interesadas en la PrEP puedan identificar.**
Este esfuerzo, parte del cual ya está en curso, debería incluir ofrecer capacitación en línea sin costo a proveedores médicos de medicina general y especializada, y poner listas de proveedores de PrEP a disposición del mayor número posible de personas con alto riesgo de infección por VIH. Para maximizar los esfuerzos de prevención, la capacitación de los proveedores debería incluir temas como PrEP, profilaxis posterior a la exposición (Post-Exposure Prophylaxis, PEP) y profilaxis posterior a la exposición no ocupacional (nPEP), así como vinculación de los exámenes de

detección de ETS con la PrEP. Los programas de capacitación deberían conformarse con base en una investigación que identifique las lagunas en el conocimiento y las ideas equivocadas que tienen los proveedores sobre la PrEP, y quién puede beneficiarse de ella.

e. **Promover el uso de PrEP entre las personas con mayor riesgo de infección por VIH.**
Para maximizar los beneficios de la PrEP, es necesario que la usen las personas con más alto riesgo de contraer el VIH. Trabajando con los departamentos locales de salud pública, con proveedores médicos generales y con proveedores comunitarios, el DOH debería integrar las referencias y la promoción de la PrEP a los servicios proporcionados a poblaciones con alto riesgo de contraer el VIH, de acuerdo con la definición que de ellas hacen los Lineamientos de implementación de la PrEP 2015 del DOH y PHSKC.

f. **Respaldar el acceso a la PrEP en áreas rurales mediante la salud a distancia.**
Mediante la salud a distancia y la capacitación que ofrecen los Centros de Educación y Capacitación sobre SIDA (AIDS Education and Training Centers, AETC), la gente que vive en áreas rurales puede tener mejor acceso a proveedores capacitados para prescribir PrEP.

g. **Apoyar la fuerte participación y empoderamiento comunitarios para aumentar el uso de la PrEP.**
Un proceso de participación comunitaria conducido y facilitado por miembros de las comunidades afectadas informará y educará tanto a las PLWH como a las personas con riesgo de contraer el VIH sobre la PrEP como herramienta de prevención. Además, este proceso ayudará a identificar y desarrollar líderes entre la comunidad VIH positiva y entre las comunidades más afectadas por el VIH.

5. **Autoridad Sanitaria:**
   a. **Solicitar que la organización Bree Collaborative adopte lineamientos de tratamiento con PrEP para su revisión y análisis.**
   Después del análisis, Collaborative emitiría recomendaciones para la implementación a la Autoridad Sanitaria del estado de Washington.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Uno de los resultados que se pretende obtener al hacer que el gobernador Inslee y otros funcionarios de elección popular emitan declaraciones a favor de la PrEP (medida 1a) es reducir el estigma relacionado con la PrEP demostrando el respaldo de funcionarios públicos a la PrEP como una importante herramienta de prevención del VIH.
2. Uno de los resultados que se pretende obtener de la mayor difusión comunitaria de la PrEP (medida 4b) y de la capacitación a proveedores sobre PrEP (medida 4d) es reducir el estigma relacionado con la PrEP aumentando el conocimiento y exponiendo la información errónea entre los miembros de la comunidad y los proveedores médicos.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Uno de los resultados que se pretende obtener de las medidas que abordan la asequibilidad de la PrEP y la cobertura de los seguros (medidas 1b, 2a, 2b, 3a, 3b, y 3c) es reducir las disparidades en el acceso a la PrEP reduciendo las barreras relacionadas con el costo de los medicamentos de la PrEP y las consultas y las pruebas de laboratorio asociadas.

2. Uno de los resultados que se pretende obtener del financiamiento y el apoyo a los esfuerzos de difusión dirigidos por la comunidad para promover la PrEP entre las comunidades de color y entre las personas

transgénero/individuos no binarios (medidas 4b y 4g) es reducir las disparidades en el conocimiento sobre la PrEP y su uso.

3. Uno de los resultados que se pretende obtener al apoyar las opciones de salud a distancia para la capacitación de los proveedores de PrEP y para prescripción de la PreP (medida 4f) es reducir las disparidades en el acceso a la PrEP que las personas de comunidades rurales pueden sufrir.

Crear un sistema de atención médica que satisfaga las necesidades de las minorías sexuales

Dependencias/sectores afectados: Departamento de Salud, organizaciones y sistemas de atención médica, Washington Health Benefit Exchange, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH, incluidos los hombres homosexuales y bisexuales y las personas transgénero/no binarias

Antecedentes:

En 2013, el 67 por ciento de todos los diagnósticos nuevos de VIH en EE. UU. ocurrió en hombres homosexuales y bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (MSM), un grupo que incluye aproximadamente el 2 por ciento de la población de EE. UU.[xvii] En el estado de Washington, más del 70 por ciento de las personas que viven con VIH/SIDA son hombres homosexuales y bisexuales. Sin embargo, el actual sistema de atención médica no está bien equipado para satisfacer de manera adecuada las necesidades de estos hombres. Una encuesta nacional conducida por la Fundación de la Familia Kaiser en 2014 encontró que el 47 por ciento de los hombres homosexuales y bisexuales nunca habían revelado su orientación sexual a un médico; el 57 por ciento de los hombres homosexuales y bisexuales reportaron que nunca un proveedor médico les había sugerido hacerse una prueba de VIH.[xviii] De 164 hombres homosexuales y bisexuales que respondieron una encuesta del estado de Washington por Internet, sólo el 43 por ciento reportó que su proveedor de atención médica primaria sabía que tenían relaciones sexuales con otros hombres.[xix]

Los hombres homosexuales y bisexuales tienen necesidades de atención médica específicas y nuestro éxito en terminar con la epidemia del VIH requiere un mayor esfuerzo para satisfacer tales necesidades. Mientras que los lineamientos nacionales recomiendan que todos los estadounidenses se realicen pruebas de detección del VIH por lo menos una vez en su vida, tanto los lineamientos del CDC como los lineamientos locales del estado de Washington recomiendan que la mayoría de los hombres homosexuales y bisexuales se realicen la prueba por lo menos cada año, y que grupos seleccionados de hombres homosexuales y bisexuales se realicen la prueba hasta cuatro veces al año.[xx,xxi] Estos lineamientos también recomiendan que los hombres homosexuales y bisexuales se realicen pruebas frecuentes para detectar otras infecciones de transmisión sexual.

Además, las personas transgénero/no binarias tienen necesidades de atención médica específicas y los proveedores así como los sistemas necesitan mejor capacitación para brindar atención sensible en un ambiente cálido. Aún más, las personas transgénero/no binarias, en especial las mujeres transgénero de color tienen una probabilidad desproporcionada de estar en riesgo de contraer el VIH.[xxii] La integración de la atención con reconocimiento de género y de la prevención o el tratamiento del VIH es esencial para satisfacer las necesidades de la comunidad transgénero/no binaria.

> "Tener médicos/personal médico amigable con la comunidad LGBTQA, que TODOS tengan una comprensión profunda del VIH y del tratamiento será de gran ayuda. Hay una falta SIGNIFICATIVA de médicos amigables con la comunidad LGBTQA… Creo que hablar con los centros médicos y con los doctores para lograr que el personal médico tenga un conocimiento profundo del VIH/SIDA (cómo decirle a alguien que es positivo, cómo trabajar con clientes VIH positivos) sería un buen inicio. También tener personal médico y centros con capacitación sobre cómo ser sensibles respecto de la cultura LGBTQA y tener una certificación que verifique la capacitación para que los pacientes LGBTQA puedan encontrar un tratamiento respetuoso".
>
> *- Gerente de casos médicos*

La profilaxis previa a la exposición al VIH (PrEP) es una intervención prometedora para disminuir la transmisión del VIH y es una pieza central de la estrategia de EE. UU. para prevenir el VIH, y de la iniciativa Acabemos con el SIDA

del estado de Washington. Sin embargo, llevar la PrEP a las personas que la necesitan requiere de la existencia de un sistema de atención médica que identifique consistentemente a las personas que tienen mayor riesgo de contraer el VIH.

Actualmente, el sistema de atención médica es con frecuencia ciego hacia las personas transgénero/no binarias, así como hacia los hombres homosexuales y bisexuales. Terminar con la epidemia en el estado de Washington requerirá que esto cambie.

Lo ideal sería que todos los proveedores médicos estuvieran bien preparados para atender a hombres homosexuales y bisexuales y personas transgénero/no binarias, y los esfuerzos para terminar con el VIH deberían incluir un esfuerzo por educar a todos los proveedores de atención médica primaria en materia de salud LGBT. Sin embargo, debido a que los hombres homosexuales y bisexuales y las personas transgénero/no binarias son solamente el 2 o 3 por ciento de la población, la mayoría de los proveedores tienen pocos pacientes varones homosexuales y bisexuales o pacientes transgénero/no binarios, y asegurar que todos los proveedores tengan un nivel alto de experiencia y sensibilidad en la atención médica LGBT puede no ser factible.

Con esa realidad en mente, la iniciativa Acabemos con el SIDA del estado de Washington busca promover la creación de una red de proveedores médicos sensibles a la comunidad LGBT. El objetivo es consistente con los deseos expresados por los hombres homosexuales y bisexuales de nuestro estado. Una encuesta conducida mediante la Universidad de Washington encontró que el 52 por ciento de los hombres homosexuales y bisexuales del estado de Washington cambiarían de proveedor de atención médica primaria para recibir atención de un especialista en personas LGBT si lo hubiera. De la misma forma, las encuestas de Acabemos con el SIDA y las conversaciones con la comunidad identificaron una necesidad expresa entre individuos transgénero/no binarios de tener la posibilidad de consultar a proveedores capacitados y sensibles en la atención médica de las personas transgénero. La iniciativa Acabemos con el SIDA busca fomentar la creación de una red de proveedores LGBT que garantice que todos los residentes de Washington puedan tener acceso a un proveedor médico capacitado para entender y satisfacer sus necesidades. En algunos casos, esto puede lograrse mediante el acceso a través de la telemedicina a tales proveedores en otras comunidades.

Medidas:

1. **Departamento de Salud, Organizaciones y sistemas de atención médica:**
    a. **Solicitar que todas las organizaciones de atención médica (health care organizations, HCO) pregunten sistemáticamente a los pacientes sobre el género de sus parejas sexuales y su identidad de género.**
    Esto podría lograrse mediante el uso de registros médicos electrónicos (electronic medical record, EMR) e incorporarse en los esfuerzos que recaben otros aspectos del historial social de los pacientes, como el consumo de sustancias, información sobre su dieta y ejercicio, etc. Considerar la adopción de un cuestionario estándar sobre el historial sexual, como se hizo en el estado de Nueva York, para facilitar la implementación.

    b. **Instruir a las HCO para que instituyan intervenciones, incluido el uso del EMR, para aumentar el cumplimiento con los lineamientos nacionales y estatales sobre las pruebas de detección y la PrEP del VIH/ETS.**

    c. **Colaborar con la comunidad transgénero/no binaria para identificar los tipos de capacitación y servicios específicos para aumentar el número y la disponibilidad de proveedores capacitados y sensibles sobre las necesidades de atención con reconocimiento de género y otras necesidades de atención médica de individuos transgénero/no binarios.**
    Al reconocer la falta específica de proveedores y sistemas de atención médica capacitados en la atención médica de la comunidad transgénero/no binaria, los sistemas y los proveedores deben trabajar con la comunidad transgénero/no binaria para identificar las necesidades específicas e

implementar el acceso a la atención apropiada y cálida para estos individuos.

d. **Instruir a los departamentos de salud locales y estatales para trabajar con HCO grandes para desarrollar redes de proveedores LGBT competentes.**
Las HCO deberían asegurarse de que los pacientes sepan sobre la disponibilidad de proveedores con experiencia en la atención de pacientes LGBT. La meta de este esfuerzo debe ser garantizar que todos los residentes LGBT del estado de Washington tengan acceso a un proveedor médico que pueda entender y satisfacer sus necesidades.

e. **Garantizar que todos los pacientes en el sistema de atención médica que se identifiquen como hombres homosexuales y bisexuales o como transgénero/no binario tengan acceso a atención cultural y médicamente apropiada.**
Todos los proveedores deben estar calificados para ofrecer atención médica y culturalmente apropiada a hombres homosexuales y bisexuales e individuos transgénero/no binarios. Sin embargo, cuando eso no sea posible, es esencial garantizar que esto se cumpla mediante la referencia dentro del sistema de proveedores a aquellos proveedores que tengan un nivel alto de experiencia y se sientan cómodos proporcionando atención médica a hombres homosexuales y bisexuales o individuos transgénero/no binarios.

En algunas partes del estado, en particular en áreas rurales, el uso de los modelos de telesalud y de telemedicina respaldará el acceso remoto a proveedores competentes para la comunidad LGBT y especialistas en VIH. Los modelos de telesalud y de telemedicina también son una opción importante para cualquier persona que perciba estigmas o discriminación dentro de su comunidad local que pueden agravarse por falta de confidencialidad. Además, los cursos de capacitación del Centro de Educación y Capacitación sobre SIDA (AIDS Education and Training Center, AETC) pueden ser usados para respaldar la capacitación de los proveedores en la atención apropiada para la comunidad LGBT fuera de ambientes urbanos.

f. **Crear o adaptar los programas en línea existentes para proveedores de atención médica, incluidas enfermeras, técnicos de laboratorio y personal de oficina sobre salud LGBT.**
El Departamento de Salud debe tener los recursos para financiar y ayudar a facilitar el desarrollo de programas en línea, o la adopción de programas existentes en otro estado o jurisdicción, para incrementar el conocimiento y la comodidad de los proveedores médicos y del personal de oficinas con la atención médica a la comunidad LGBT. Este programa debe incluir técnicas para hacer del ambiente clínico uno cálido para los pacientes LGBT.

g. **Colaborar con los Consejos y las asociaciones médicas del estado para establecer los estándares recomendados sobre la educación médica continua (continuing medical education, CME) en relación con las competencias para atender a la comunidad LGBT para proveedores médicos, incluidas enfermeras y técnicos de laboratorio.**
Los estándares recomendados sobre la CME transmitirán la importancia de la sensibilidad hacia la comunidad LGBT, crearán un ambiente cálido en las clínicas y garantizarán la implementación exitosa de la capacitación.

h. **Solicitar que todas las residencias de atención primaria y las escuelas de medicina del estado incluyan un programa sobre la salud de las minorías sexuales.**
Este programa podría ser proporcionado a través de conferencias, lecturas o en línea; todos los cursos de capacitación referidos en las acciones 1f a 1h pueden basarse en el mismo programa.

i. **Crear y distribuir videos informativos para proveedores y personal de oficinas sobre cómo crear un ambiente cálido para pacientes LGBT.**
Una serie de videos que muestren historias de pacientes reales brindaría educación continua y

abordaría formas más sutiles de estigmas que los proveedores o su personal podrían estar perpetuando de forma no intencional.

2. **<u>Health Benefit Exchange, Departamento de Salud, Organizaciones y sistemas de atención médica</u>:**
    a. **Crear y mantener un directorio de proveedores sensibles y culturalmente conscientes de la comunidad LGBT y publicar la lista en el sitio web de Washington Healthplanfinder.**
    Este directorio ayudará a garantizar que los individuos que buscan atención médica LGBT tengan la posibilidad de inscribirse en un plan médico calificado o en un plan Apple Health que incluya proveedores sensibles y culturalmente conscientes de la comunidad LGBT.

<u>Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas</u>:

1. Un resultado deseado de las acciones 1a a 1h es aumentar la consciencia cultural de los proveedores de atención médica y personal de oficinas sobre las necesidades de salud de los individuos LGBT y aumentar el acceso a proveedores culturalmente apropiados, con el objeto de reducir los estigmas que los hombres homosexuales y bisexuales e individuos transgénero/no binarios padecen en centros de atención médica, incluso cuando tales estigmas son no intencionales.

<u>Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas</u>:

1. Un resultado deseado de las acciones 1a a 1h es reducir las disparidades en el acceso a la atención adecuada que experimentan algunos hombres homosexuales y bisexuales e individuos transgénero/no binarios.
2. Un resultado que se desea al publicar información sobre proveedores capacitados y sensibles a la comunidad LGBT en el sitio web de Washington Healthplanfinder (acción 2a) es reducir las disparidades en el conocimiento sobre el acceso y el acceso mismo a atención médica culturalmente capaz y sensible para hombres homosexuales y bisexuales e individuos transgénero/no binarios.

Eliminar las barreras en cobertura de seguros y aumentar la asequibilidad de la atención médica para las PLWH y las personas en riesgo de contraer VIH

Dependencias/sectores afectados: Legislatura, Oficina del Comisionado de Seguros y Aseguradoras, Autoridad Sanitaria, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH.

Antecedentes:

La Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA) ha alterado fundamentalmente el sistema de provisión de atención médica y aumentado el acceso de los residentes del estado de Washington a atención médica. A partir de 2014, aproximadamente el 89 por ciento de los residentes del estado tenía seguro médico. Sin embargo, incluso con los avances en el amplio acceso a la atención médica, algunos aspectos del sistema de atención médica aún presentan impedimentos para las metas estatales de terminar con la epidemia de VIH en Washington.

Debido a que la salud sexual es un tema altamente privado, algunos individuos con alto riesgo de transmisión de VIH prefieren recibir servicios de VIH/ETS de una clínica de ETS confidencial. Recibir atención de un proveedor distinto de su proveedor de atención primaria con frecuencia significa que el seguro médico no cubrirá los servicios preventivos, o que los cubrirá con un costo para los consumidores. Estos costos presentan barreras para acceder a atención preventiva efectiva y los pacientes pierden acceso a atención especializada, pruebas diagnósticas y servicios que pudieran no estar disponibles a través de sus proveedores de atención primaria.

> "Mucha gente no usa el seguro para hacerse pruebas por temor a perder confidencialidad o recibir en casa una explicación de los beneficios detallada (explanation of benefits, EOB) por parte de la aseguradora que comprometa la confidencialidad. Me gustaría ver legislación que evite que las aseguradoras envíen EOB detalladas para las pruebas de detección y el tratamiento de ETS/VIH".
>
> *- Proveedor de atención médica*

Otros problemas adicionales alrededor de la confidencialidad también se complican por los documentos de Explicación de Beneficios (EOB) que los planes médicos proporcionan después de las consultas. Hay una inquietud considerable de los consumidores, en especial de pacientes jóvenes, acerca de que si usan su seguro para servicios relacionados con el VIH/ETS, su aseguradora enviará información sobre los beneficios a sus casas, con detalles de los servicios, y por lo tanto comprometerán su privacidad.[xxiii] Este temor es un impedimento para pacientes que buscan atención médica para pruebas y tratamiento de VIH/ETS, así como profilaxis previa a la exposición (PrEP).

Entre las personas con infección de VIH, la pérdida o interrupción de la cobertura del seguro con frecuencia causa que los pacientes dejen de tomar medicamentos que les pueden salvar la vida, tratamientos que también prevengan la transmisión del VIH.[xxiv] Aunque nadie necesita irse sin atención por VIH en el estado de Washington por falta de seguro, muchos pacientes no lo saben. Cuando los pacientes pierden su seguro o tienen saldos pendientes debido a los gastos compartidos, algunos simplemente dejan de tomar sus medicamentos y de acudir a su proveedor médico. Actualmente, los proveedores médicos y los trabajadores del caso que atienden a personas con infección de VIH no tienen forma de saber cuándo sus pacientes o clientes pierden su seguro, así que no pueden ayudarles a encontrar una forma de continuar con el tratamiento que necesitan. Actualmente no hay un mecanismo a nivel del sistema para abordar este problema, así que no hay una Acción recomendada para ello, pero dado que esto también afecta a otras personas con otros padecimientos médicos crónicos, se menciona aquí como una forma de llamar la atención hacia la necesidad de resolverlo.

Finalmente, en la actualidad, muchos pacientes no pueden acceder a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) debido a que su seguro no cubre la totalidad de los costos de recibir PrEP. Aunque el programa de asistencia farmacológica de la PrEP (drug assistance program, PrEP-DAP) del estado brinda asistencia de copago a algunas personas, lo cual les permite obtener medicamentos, el programa no cubre los costos de las consultas médicas o

pruebas de laboratorio. El financiamiento actual para el PrEP-DAP es insuficiente para satisfacer las necesidades de todas las personas que pueden beneficiarse de la PrEP. La PrEP es una piedra angular de la iniciativa Acabemos con el SIDA del estado de Washington. Garantizar que todos los residentes del estado de Washington en riesgo alto de infección de VIH tengan acceso a medicamentos y servicios médicos de la PrEP sin copagos o deducibles es consistente con la forma en que ACA trata otros servicios preventivos, y ayudarán a contribuir al fin de la epidemia del VIH en el estado de Washington.

Medidas:

1. **Oficina del Comisionado de Seguros (OIC):**
    a. **Instituir regulaciones que requieran que las declaraciones de la explicación de los beneficios clasifiquen los servicios relacionados con enfermedades de trasmisión sexual (ETS), pruebas de detección del VIH, PrEP, y tratamiento para el VIH como servicios médicos preventivos, sin explicaciones adicionales.**
    Las regulaciones deberán requerir que todas las aseguradoras usen el mismo lenguaje para describir las pruebas de detección y el tratamiento del VIH, de ETS y la PrEP como "servicios médicos preventivos" para que los proveedores médicos puedan informar con precisión a sus pacientes sobre qué declaraciones de la explicación de los beneficios revelarán. Esto protegerá la privacidad de los afiliados, incluidas las personas jóvenes afiliadas en los planes de sus padres, y eliminará una barrera para acceder a la atención.

    b. **Aumentar la conveniencia de la red de planes de atención médica estándar para incluir un número mínimo de proveedores calificados en planificación familiar, VIH/ETS o PrEP en una red del plan. Requerir que la idoneidad de la red incorpore opciones geográficamente diversas.**
    Al incrementar el número de proveedores que tratan activamente a poblaciones de alto riesgo de contagio del VIH, ETS o que receten PrEP, la red del plan proporcionará mayor acceso a los individuos a la detección y el tratamiento del VIH y ETS fuera de un ambiente de atención primaria.

    c. **Responder a las quejas del consumidor con diligencia cuando las detecciones de ETS (sífilis, gonorrea y clamidia) no sean codificadas correctamente como servicios preventivos, sin desembolso directo, aun si la enfermedad se detecta y se proporciona el tratamiento subsecuente.**
    Las detecciones que revelan una ETS están siendo consideradas por quienes pagan como tratamiento y no como prevención. En respuesta a las quejas de los consumidores, la OIC debe aclarar para los planes de atención médica esta designación y determinar hasta dónde quienes pagan deben cubrir cualquier detección de ETS como preventiva, incluso si la enfermedad se detecta y se brinda el tratamiento subsecuente.

    d. **Presentar una nominación de lineamientos clínicos de la PrEP como Tema de Declaración de Recomendaciones a la USPSTF para considerarlos para cobertura como servicios preventivos de grado A o B y, por lo tanto, sin costo para los pacientes.**[xxv]
    Una clasificación de grado A o B por parte de la USPSTF aseguraría la cobertura de la PrEP sin desembolsos directos para todos los residentes asegurados en riesgo de adquirir VIH. Además, la OIC debe coordinar un esfuerzo con otras Oficinas de Seguros incluida la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros para generar múltiples solicitudes para que la USPSTF considere este cambio en los lineamientos.

e. **Supervisar y revisar los formularios del plan de salud para garantizar que las prácticas no sean discriminatorias con respecto a los medicamentos antirretrovirales de VIH o terapias asistidas por medicamentos para el tratamiento del consumo de sustancias.**
Las prácticas discriminatorias pueden incluir copagos altos, nivelación, autorización previa, políticas de primera falla o coaseguramiento bajo, y son una barrera para acceder a los medicamentos antirretrovirales y terapias asistidas por medicamentos. De manera adicional, la OIC debe supervisar y evaluar la cobertura de regímenes de una sola tableta para el tratamiento del VIH, que puede reducir los desembolsos directos y aumentar el cumplimiento.

f. **Expedir una guía para los planes médicos sobre los requerimientos de cobertura de las pruebas de detección del VIH aplicables a planes médicos calificados (qualified health plans, QHP) comercializados en el intercambio de los beneficios de salud.**

g. **Supervisar y revisar los seguros de vida y las políticas de seguros por discapacidad para determinar si hay discriminación contra afiliados actuales o potenciales a quienes se les recete PrEP.**
Hay informes[xxvi] de que los seguros de vida y los planes de seguros por discapacidad pueden estar rechazando la cobertura a individuos que usan PrEP. La OIC debe investigar esta práctica potencialmente discriminatoria.

2. **<u>Planes de atención médica:</u>**
   a. **Garantizar que los reclamos sean cubiertos como atención preventiva para las detecciones de ETS (sífilis, gonorrea y clamidia), sin desembolsos directos, aun si la enfermedad se detecta y se proporciona el tratamiento subsecuente.**
   Las detecciones que revelen ETS están siendo clasificadas por quienes pagan como tratamiento y no como prevención. Los planes de atención médica deben garantizar que la cobertura de los beneficios claramente incluya estos servicios como preventivos sin desembolsos directos. Los planes de atención médica deben proporcionar detalles adicionales a las redes de proveedores que señalen estos detalles para una codificación precisa y el registro de los reclamos. Los servicios preventivos de ETS deben ser proporcionados sin costo incluso si se detecta la enfermedad y se brinda el tratamiento.

   b. **Incluir por lo menos una medición del desempeño que priorice la supresión de la carga viral del VIH entre personas con infección de VIH como parte del Sistema de Calificación de Calidad (Quality Rating System, QRS).[xxvii]**

   c. **Incluir cobertura total para antirretrovirales usados por la PrEP.**

   d. **Trabajar internamente para usar datos de utilización y de reclamos para identificar individuos de alto riesgo que pueden beneficiarse de la referencia a la PrEP.** Estos datos de la evaluación de riesgos podrían incluir datos de reclamos sobre diagnósticos de ETS recurrentes o recientes, historial de consumo de sustancias o diagnósticos de salud mental relacionados con el consumo de sustancias o riesgos de conducta.

3. **<u>Legislatura</u>:**
   a. **Hacer de las clínicas de ETS proveedores de atención médica esenciales en el estado de Washington**. Estas clínicas idealmente están preparadas para proporcionar servicios relacionados con VIH y ETS a personas en riesgo de adquirir el VIH. Convertirlas en proveedores de atención médica esenciales les permitirá pruebas de detección de VIH y otros servicios relacionados (incluida la

PrEP) a personas, sin importar su fuente de seguro médico. Mucha gente reporta que prefiere recibir servicios relacionados con el VIH y ETS de un proveedor médico distinto de su proveedor de atención primaria, por confidencialidad o razones de sensibilidad cultural.

b. **Aprobar legislación que reduzca la discriminación a través de costos compartidos exorbitantes limitando los costos compartidos hasta una cantidad máxima de dinero por recetas de medicamentos "especializados", incluidos aquellos usados para la prevención y el tratamiento del VIH.**
Un número creciente de estados ha aprobado leyes que limitan los costos compartidos por medicamentos especializados a (por ejemplo) $100 o $150 por receta o $1,000 al año. Esta acción se necesita con urgencia ahora para proteger contra la discriminación de los costos compartidos. Los costos compartidos, en particular por medicamentos recetados caros, pueden ser una barrera para acceder a la atención necesaria. Un posible modelo es la reciente implementación de Covered California de límites de copagos y coseguros para medicamentos especializados cubiertos por planes de salud calificados.[xxviii]

c. **Aprobar leyes que eliminen los niveles en los formularios de medicamentos recetados de los planes de seguros por medicamentos especializados.**
La nivelación de medicamentos recetados conduce a altos gastos de desembolso directo para medicamentos antirretrovirales y medicamentos especializados usados para tratar varios padecimientos médicos agudos y crónicos. Cubrir todos los medicamentos especializados recetados al mismo nivel aumentará el acceso y la asequibilidad para los pacientes y eliminará una barrera para la atención.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Un resultado que se desea al hacer que la OIC (acciones 1a-1g) y la Legislatura (acciones 3a y 3b) trabajen de manera proactiva para aumentar el acceso a pruebas de detección de VIH y a la PrEP es reducir los estigmas asociados con el VIH, las pruebas del VIH y el uso de la PrEP.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Un resultado que se desea al abordar la cobertura de los seguros y los gastos de desembolso directo para medicamentos especializados, detección de ETS y todos los costos asociados con la PrEP (acciones 1c, 1d, 1e, 2a, 2c, 3a y 3b) y la conveniencia de la red para los servicios relacionados con el VIH/ETS (acción 1b) es reducir las disparidades del acceso a servicios de prevención del VIH, atención y tratamiento que pueden ser experimentados por individuos de bajos ingresos, comunidades afroamericanas y otros que tengan falta desproporcionada de acceso a atención médica asequible y amplia.

Aumentar el acceso a la vivienda segura, estable y asequible para las personas que viven con VIH y las que están en riesgo de contraerlo

Dependencias/sectores afectados: Legislatura, autoridad sanitaria, sector de vivienda económica, organizaciones y sistemas de atención médica, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington, jurisdicciones locales y proveedores de servicios, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH

Antecedentes:

La vivienda es un componente esencial de la salud, especialmente para las PLWH. La investigación ha mostrado que la asistencia en vivienda para PLWH es rentable[xxix] y mejora los resultados de la salud en cada etapa del continuo de la atención por VIH [xxx]; contrariamente, la indigencia y la inestabilidad de la vivienda se vinculan con una atención médica por VIH inadecuada, altas cargas virales, mala salud general, hospitalizaciones prevenibles y mayor mortalidad.[xxxi] La vivienda estable mejora los resultados de la salud para las PLWH y reduce la probabilidad de transmisión del VIH. Aun así, la demanda de vivienda temporal y de largo plazo para PLWH supera por mucho la oferta. A nivel nacional, más de 40 por ciento de las PLWH vivirá en indigencia o tendrá inestabilidad de vivienda durante el curso de su enfermedad,[xxxii] y los bonos que se ofrecen a través del programa Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (Housing Opportunities for People with AIDS, HOPWA) solo satisface un tercio de la demanda de asistencia de vivienda.[xxxiii] Hay listas de espera para el apoyo de vivienda para PLWH en todo el estado de Washington, y algunas áreas carecen de servicios de vivienda transitoria.

La indigencia es una barrera significativa para el bienestar de las PLWH. Cuando el enfoque personal primario de una persona es encontrar comida y un lugar seguro para dormir el tratamiento del VIH se vuelve una prioridad menor. La falta de estabilidad de vivienda puede conducir a consecuencias, incluidas citas médicas olvidadas, medicamentos perdidos o robados, cargas virales más altas, peores resultados de salud y aumento del riesgo de transmisión a otros.[xxxiv]

> "Uno de los obstáculos más grandes es la vivienda. Sin vivienda, toda la parte de la atención médica se complica para controlar su enfermedad".
> *- Proveedor de servicios para el VIH*

La falta de vivienda también aumenta el riesgo de adquirir el VIH. La falta de vivienda puede aumentar la presión para que la gente adopte comportamientos de riesgo, como el sexo transaccional, para poder asegurar un alojamiento.[xxxv] Las personas que no cuentan con una vivienda son más susceptibles de usar sustancias y de padecer trastornos de salud mental. El apoyo a la vivienda es crucial para que el cuidado de la salud y la prevención tengan éxito.

Las necesidades de las PLWH que no tienen vivienda o están en riesgo de perderla varían. Algunas personas necesitan apoyo para pagar la renta o la hipoteca y poder atravesar una breve crisis, mientras que otros requieren un apoyo permanente de vivienda a largo plazo. Los modelos de vivienda deben responder a estas diversas necesidades para poder garantizar que todas las PLWH y las personas en riesgo puedan estar saludables y reducir el riesgo de la transmisión del VIH.

Por último, las viviendas precarias son un obstáculo adicional para las PLWH y otras personas que necesitan opciones asequibles de vivienda. Las viviendas que no se mantienen en buenas condiciones, que están infestadas con plagas o que tienen toxinas medioambientales, como moho negro, no sólo ponen en peligro la salud física de los residentes sino que la evidencia sugiere que también puede agravar los trastornos de salud mental.[xxxvi]

Para poder terminar con el VIH en Washington, la estrategia debe incluir opciones de vivienda seguras y asequibles y evitar la falta de vivienda para personas que viven con y en riesgo de padecer el VIH.

Medidas:

1. **<u>Autoridad del Cuidado de la Salud, Organizaciones y Sistemas del Cuidado de la Salud y Sector de Vivienda Asequible</u>:**
    a. **Asegurar que las PLWH con enfermedades que definen el SIDA u otras afecciones graves de la salud siempre sean dadas de alta del hospital o de otra institución para que puedan quedarse en un lugar seguro y confiable.**
    Cuando las PLWH con un estado de salud que ponga en peligro su capacidad para cuidarse a sí mismas o su seguridad son dadas de alta de un hospital para ir a la calle o a un albergue, los resultados son el empobrecimiento de la salud y probablemente su readmisión en el hospital. Los programas y proveedores de cuidados para el VIH en todo el estado deben establecer mecanismos para asegurar que todas las PLWH vulnerables desde el punto de vista médico tengan un lugar para vivir. Esto requerirá ampliar el suministro de vivienda temporal y permanente para las PLWH vulnerables desde el punto de vista médico. Se necesitan más unidades de vivienda temporal y permanente, incluidas las unidades para familias, en todo el estado para enfrentarse a las necesidades de salud de las PLWH que no tienen vivienda o que están en situación de vivienda inestable. Además, la estancia en moteles médicos u otras viviendas temporales debe ser lo suficientemente larga para ayudar a garantizar la transición exitosa hacia una vivienda permanente.

    b. **Ampliar y financiar un modelo de apoyo de vivienda para gente que vive con el VIH y para otras personas en riesgo con diagnósticos crónicos de salud física o de comportamiento.**
    Con el uso de modelos innovadores, como aquellos descritos en la Exención de Transformación Global de Medicaid del estado de Washington, las PLWH y otras personas que padecen afecciones crónicas físicas o mentales que se enfrentan constantemente a la falta de vivienda deben ubicarse con toda prontitud en viviendas de apoyo permanente. El estado de Washington debe adoptar un primer modelo de vivienda para el cuidado del VIH, garantizando que todas las personas infectadas con el VIH con afecciones físicas o de comportamiento crónicas e incapacitantes tengan acceso rápido a una vivienda permanente, con niveles adecuados de servicios de apoyo, sin tener que cumplir antes los requisitos, como la sobriedad. Este modelo de vivienda deberá acompañarse de apoyos sociales que permitan a los arrendatarios mantenerse alojados con éxito y conectados a los servicios de salud física y del comportamiento. Los clientes de los programas de vivienda específica para el VIH tienen mayores índices de supresión viral.[xxxvii]

2. **<u>Sector de Vivienda Asequible</u>:**
    a. **Instituir una capacitación de conciencia cultural para los proveedores de servicios en albergues para personas sin hogar, en viviendas transicionales y en viviendas de apoyo permanente para aumentar el número de espacios seguros para las PLWH, las personas LGBT (incluida la juventud), las personas de color, inmigrantes, refugiados y las personas que se inyectan drogas (PWID) y que no tienen hogar.**
    Los servicios deben ser verdaderamente accesibles para todas las personas necesitadas. Las personas LGBT y otras informan que no se sienten seguras en los albergues o que los servicios disponibles en la comunidad no satisfacen sus necesidades. Para eliminar esta carencia se recomiendan medidas para aumentar la conciencia cultural de los proveedores de viviendas.

3. **<u>Legislatura, Jurisdicciones locales y proveedores de servicios, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington y Sector de Vivienda Asequible</u>:**
    a. **Implementar medidas para ayudar a las PLWH a que permanezcan alojadas y evitar la posible falta de vivienda.**
    Las intervenciones proactivas para evitar la falta de vivienda ayudan a mantener la estabilidad y la salud de personas y familias en riesgo de perder su hogar. Las rentas a corto plazo y la asistencia a hipotecas, la ayuda con los servicios públicos, las relaciones entre arrendadores y

arrendatarios para mediar disputas y otras creaciones de capacidades son opciones para ayudar a la gente durante estos breves periodos de crisis y mantener una vivienda segura y estable. Los recursos públicos para el apoyo a la vivienda se deben usar para este tipo de medidas de prevención de falta de vivienda. Además, el modelo de apoyo permanente a la vivienda descrito arriba debe incluir asistencia para el comportamiento de los arrendatarios para ayudarlos a alojarse con éxito.

b. **Implementar políticas para eliminar los obstáculos para acceder a viviendas de alquiler.**
Es probable que las PLWH y otras personas que han padecido pobreza o falta de vivienda hayan sido desalojadas de manera desproporcionada en sus registros, que tengan historiales de crédito adversos y quizá una implicación previa con el sistema de justicia penal, y todos estos son obstáculos para pasar los filtros de los arrendadores y asegurar una vivienda. La legislatura y las jurisdicciones locales deben trabajar con los proveedores de viviendas y los propietarios para reducir estos obstáculos de vivienda en las leyes locales y estatales. Además, las PLWH, las personas LGBT y la gente de color pueden enfrentarse a la discriminación en el mercado inmobiliario, como lo registró recientemente la Oficina de Derechos Civiles de Seattle.[xxxviii] Se necesitan políticas para reducir los obstáculos a fin de alquilar viviendas por medio del proceso de filtro de los arrendadores, y las jurisdicciones locales y la Comisión de Derechos Humanos de Washington deben aplicar estrictamente las leyes antidiscriminación.

c. **Eliminar los obstáculos para acceder a los servicios de vivienda.**
Las políticas actuales exigen que los individuos que buscan vivienda y servicios para personas sin hogar primero satisfagan un número mínimo de días a la intemperie; principalmente, que hayan sido lo "suficientemente indigentes" para tener acceso a los servicios. Estas políticas agravan los efectos negativos de estar sin vivienda porque requieren que la persona viva más tiempo en indigencia. Además, los inmigrantes sin documentos generalmente tienen prohibido el acceso a la vivienda y a los servicios para personas sin hogar. Estas políticas deben cambiar para que las personas que no tienen una vivienda, sin importar su estado migratorio, puedan ser alojadas más rápidamente.

4. **<u>Jurisdicciones locales y proveedores de servicios</u>:**
   a. **Todas las viviendas deben cumplir las normas sanitarias y de seguridad. Las viviendas precarias no son una opción aceptable para el apoyo a la vivienda.**
   Las viviendas que tienen reparaciones de mala calidad, moho, carecen de aislamiento térmico, no tienen enseres domésticos que funcionen, calefacción, agua caliente adecuada, sistemas seguros de electricidad y plomería o con otras fallas no son lugares apropiados para quien sufre falta de vivienda, mucho menos para gente vulnerable desde el punto de vista médico, como las personas que viven con el VIH. Por lo tanto, cualquier intervención que se desarrolle para apoyar a esta población debe contar con un componente de inspección de vivienda para asegurar condiciones sanitarias seguras y dignas.

<u>Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas</u>:

1. Un resultado esperado del aumento de conciencia cultural de los proveedores de vivienda (acción 2a) es reducir el (los) estigma(s) que puede(n) sufrir las PLWH, las personas LGBT (incluida la juventud), la gente de color, los inmigrantes y refugiados, y las PWID que no tienen vivienda y buscan servicios.

<u>Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas</u>:

1. Un resultado esperado de la disminución de la falta de vivienda para las PLWH y la gente con riesgo de infectarse del VIH (acciones 1a, 1b, 3a, 3b, 3c y 4a) es reducir las disparidades en los resultados de salud que se agravan por la inestabilidad de las personas sin vivienda y de las viviendas, y que sufre desproporcionadamente la gente de color, la juventud LGBT y otros.

Brindar atención médica que considere a la persona como un todo para las PLWH y asegurar la continuidad de la atención integral durante toda su vida

Dependencias/sectores afectados: Departamento de Salud, Autoridad para el Cuidado de la Salud, Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Legislatura, Organizaciones y Sistemas de Cuidado de la Salud, Correccionales, Oficina del Comisionado de Seguros, Jurisdicciones locales y proveedores de servicios, Comunidad de negocios, PLWH y miembros de comunidades afectadas por el VIH.

Antecedentes:
Hace veinticinco años, el gobierno federal promulgó la legislación que creó un programa para brindar servicios exclusivamente a las PLWH, la Ley Ryan White de Emergencia de Recursos Integrales para el SIDA (Comprehensive AIDS Resources Emergency, CARE), ahora conocida como el Programa Ryan White. Este programa se estableció con el reconocimiento de que las personas con el VIH, en particular aquellas con recursos limitados, necesitaban un sistema coordinado e integral de cuidado y tratamiento. En el momento en el que se estableció el programa, el objetivo principal era proporcionar a la gente los servicios y el apoyo que necesitaban durante el tiempo relativamente limitado en el que sobrevivirían.

Desde entonces, enormes avances en el tratamiento han permitido que las personas vivan más tiempo, que tengan vidas más sanas con el VIH, siempre y cuando se mantengan comprometidas con el cuidado y que tomen sus medicamentos. Varios estudios han demostrado que el acceso a un cuidado interdisciplinario aumenta el compromiso y la retención del cuidado y que tomen sus medicamentos[xxxix],[xl],[xli]. Un estudio de nueve sitios clínicos financiado por el Programa Ryan White para el VIH/SIDA sugiere que la prestación exitosa de cuidado interdisciplinario incluye:

- Estrategias centradas en el paciente, en un centro único, con servicios integrados o en el mismo sitio.
- Diversos equipos de proveedores clínicos y no clínicos.
- Un sitio cultural que promueva un ambiente que disminuya los estigmas para los clientes.
- La disponibilidad de una amplia variedad de servicios médicos, de salud del comportamiento y psicosociales.
- Estrategias de comunicación efectiva, incluidos los registros médicos electrónicos (electronic medical records, EMR) y
- Un enfoque en la calidad. [xlii]

Si bien se han descrito las características de un sistema coordinado de cuidado para las personas con el VIH, y algunas clínicas en el estado han establecido sistemas exitosos que integran diversos servicios, otros proveedores siguen teniendo problemas para crear este tipo de sistema y algunos clientes siguen enfrentándose a obstáculos para obtener el cuidado que necesitan. El sistema fragmentado a veces da lugar a retrasos para buscar el cuidado médico, reduce el seguimiento del tratamiento del VIH e incrementa la transmisión del VIH debido a comportamientos riesgosos.

Ahora, la necesidad para un sistema integrado para el cuidado del VIH que proporcione servicios verdaderamente integrales es más importante que nunca. Las PLWH no suprimidas y que siguen sin obtener cuidado se enfrentan continuamente a circunstancias sociales tremendamente difíciles, agravadas por afecciones médicas complejas. Las enfermedades mentales y los trastornos por el uso de sustancias (substance use disorders, SUD) son comunes entre las personas que viven con el VIH. De los registrados en Medicaid en 2007 que tuvieron el VIH, el 50 por ciento tuvo un doble diagnóstico con trastornos por el uso de sustancias o enfermedad mental [xliii]. La estructura del sistema del cuidado de la salud generalmente crea obstáculos para un cuidado integral y exitoso. Estos obstáculos incluyen las condiciones previas para entrar a algunos sistemas que hacen imposible abordar la salud de la persona en su totalidad (por ejemplo, usted necesita estar sobrio para obtener vivienda o necesita haber tratado sus problemas de salud mental antes de obtener el tratamiento para trastornos por uso de sustancias); las estructuras que requieren que los pacientes asistan regularmente a las citas o que cumplan con las reglas con las que no pueden cumplir; y el estigma, que está asociado con ser VIH positivo, padecer problemas de salud mental o

trastornos por el uso de sustancias, ser homosexual o ser una persona de color pueden multiplicar los desafíos a los que se enfrentan estas personas. Para satisfacer con éxito las necesidades de los pacientes más vulnerables se necesita voluntad y compromiso para reestructurar el sistema de cuidado de la salud. En algunos casos, esto también requiere nuevos recursos, ya que los programas federales existentes están pobremente diseñados para pagar el cuidado de la mayoría de los pacientes de tratamiento difícil.

Además, las mujeres, las minorías y la gente que vive en zonas rurales se enfrentan a obstáculos particulares. Es difícil hacer que las mujeres que necesitan cuidado infantil o transporte, o que temen divulgar su estado por miedo a sufrir la violencia doméstica de la pareja, se comprometan y sigan con el cuidado. Las minorías étnicas y raciales se enfrentan a obstáculos culturales y lingüísticos para obtener el cuidado. Las personas que viven en zonas rurales generalmente hablan de la falta de transporte y de la dificultad para encontrar proveedores médicos, consejeros para trastornos del uso de sustancias o especialistas en salud mental como obstáculos que hay que tener en cuenta. Y conforme envejece la población con VIH positivo, el cuidado interdisciplinario en un sistema que apoya la continuidad del cuidado será cada vez más importante por diversas razones. Estas incluyen las posibles fluctuaciones que pueden ocurrir en el curso de la vida de una persona (como cambiar de situación laboral que pueda llevar a cambios en el seguro o cambiar el acceso a la vivienda), así como los cambios en las necesidades de la salud asociadas con el envejecimiento, que se complicada con los efectos secundarios a largo plazo de los medicamentos para el VIH.

> "Es muy difícil abordar los problemas de salud mental y de abuso de sustancias. Están vinculados de manera intrincada, pero los programas generalmente requieren clientes que lidien primero con otro problema. Para poder obtener servicios de salud mental, el paciente primero debe estar limpio y sobrio. Para abordar el abuso de sustancias, el paciente debe estar mentalmente estable. Así que no existe una puerta correcta".
> *- Proveedor de servicios para el VIH*

Estos obstáculos también afectan el riesgo del VIH. Los hombres homosexuales y bisexuales, las personas transgénero o no binarias, las comunidades de color, las personas con afecciones de salud del comportamiento, las personas que se inyectan drogas (PWID) y otros tienen necesidades complejas de cuidados de la salud que requieren un sistema integrado. Además, las personas que están en la cárcel o que recientemente fueron liberadas se enfrentan a una serie de problemas para permanecer conectadas al tratamiento del VIH o al cuidado de prevención.

No será posible terminar con la epidemia del VIH en Washington sin enfrentarse a estos obstáculos. Afortunadamente, la iniciativa Washington más Saludable propone un enfoque específico para "garantizar que el cuidado de la salud se centre en la totalidad de la persona" y hace mayor énfasis en eliminar los obstáculos para proporcionar cuidado interdisciplinario en nuestro sistema de salud. Los sistemas de pago están integrando modelos de pago con el fin de que el equipo de cuidado tenga incentivos de pago para considerar a los pacientes de manera holística. Se están estableciendo planes para desarrollar la fuerza de trabajo, aumentar las cantidades tanto de los proveedores clínicos (salud física y de comportamiento) como de los no clínicos para satisfacer las necesidades del número cada vez más grande de gente que usa los sistemas del cuidado de la salud. Se está desarrollando tecnología para que los proveedores puedan compartir información más fácilmente y proporcionen apoyo a los clientes en lugares distantes a través de telemedicina y telesalud.

Medidas:

1. **<u>La Oficina del Gobernador y la Legislatura</u>:**
    a. **Apoyar y mejorar el trabajo según las recomendaciones de la Fuerza de Trabajo del Sistema de Salud del Comportamiento para Adultos[xliv] para apoyar los esfuerzos de Terminar con el SIDA en Washington. Específicamente:**

i. **Homologar y estandarizar las regulaciones, el reembolso y las estructuras de incentivos con el fin de eliminar los obstáculos para brindar un cuidado integrado.**
Un sistema integrado del cuidado de la salud física y del comportamiento satisfará mejor las necesidades de las PLWH y de las personas en riesgo de infección del VIH con necesidades complejas de salud. La integración ayudará a mejorar los resultados de la salud y ayudará a mantener a las PLWH en el seguimiento de su cuidado.

ii. **Aumentar la conciencia cultural y crear un plan para abordar el papel del estigma en el sistema a través de esfuerzos de desarrollo de la fuerza de trabajo.**
El estigma sigue siendo un obstáculo importante para que las PLWH y las personas en riesgo de infección del VIH se comprometan con los servicios de salud del comportamiento. El desarrollo de la fuerza de trabajo deberá incluir la conciencia cultural y la capacitación sobre la sensibilidad, cuyo objetivo es la reducción del estigma que sufren los pacientes.

iii. **Desarrollar un sistema de datos integrado, incluida la habilidad de compartir datos entre los proveedores en tiempo real.**
La colaboración entre los diferentes tipos de proveedores es esencial para satisfacer las necesidades de las PLWH y de las personas en riesgo de infección del VIH con afecciones complejas de la salud. Será necesaria una revisión de los obstáculos legales, clínicos y tecnológicos para compartir datos entre escenarios de prácticas, con la participación de las PLWH.

iv. **Apoyar un paquete completo de servicio para los trastornos por el uso de sustancias que incluyan la gestión de casos, servicios a pares, apoyos de recuperación, monitoreo y gestión de medicación, acceso a terapias asistidas por medicación (incluida la terapia de reemplazo con opiáceos) y la reducción del daño.**
Se necesita una estrategia completa del tratamiento del trastorno por el uso de sustancias y de la reducción del daño para satisfacer las diversas necesidades de las PLWH y de las personas en riesgo de infección del VIH que buscan estos servicios. Esta estrategia deberá incluir la eliminación de las condiciones previas para el acceso a los servicios; por ejemplo, la sobriedad no debería requerirse para comenzar el tratamiento de salud mental. Un paquete de servicio completo del trastorno por el uso de sustancias también puede ayudar a las PLWH a que permanezcan en el cuidado.

v. **Trabajar con los sistemas carcelarios del condado y los centros de detención juvenil para crear un cuidado continuo que abarque el periodo de encarcelamiento y la reintegración a la comunidad.**
Se necesita una estrategia completa para asegurar el acceso al cuidado (incluida la detección del VIH/ETS, el tratamiento del VIH y las terapias asistidas por medicación para el tratamiento de los trastornos por el uso de sustancias) para adultos y jóvenes mientras están en la cárcel o al ser liberados. Al regresar a la comunidad, jóvenes y adultos necesitan estar vinculados al cuidado, a la inscripción al seguro, a la vivienda y a otros apoyos para poder permanecer fieles al cuidado, al tratamiento o a los regímenes de prevención.

2. **Comunidad de negocios:**
   a. **Crear nuevas soluciones innovadoras para abordar las necesidades de acceso al transporte y al cuidado de la salud de las PLWH para apoyar su permanencia en el cuidado.**
   Se invita a los proveedores de servicios para el VIH a que colaboren con los negocios locales en línea para satisfacer de mejor manera las diferentes necesidades de las PLWH. Por ejemplo, colaborar con Uber para el transporte, con Amazon para la entrega de medicamentos y con

Microsoft para la telemedicina podría resolver algunas de las lagunas identificadas por las PLWH y los proveedores de cuidados, y serviría como modelo para satisfacer las necesidades de cuidado de la salud de los habitantes de Washington de manera más amplia.

3. **Departamento de Salud:**
   a. **Buscar oportunidades para que la capacitación esté disponible para los proveedores a través del Núcleo de Apoyo de Transformación Práctica (Practice Transformation Support Hub) que se desarrolla como una inversión de Washington más Sano.**
   Este esfuerzo deberá incluir recursos para que los proveedores aborden la cuestión del estigma, entrevistas motivacionales y cuidado informado sobre traumas. Además, el Centro de Educación y Capacitación sobre el SIDA (AIDS Education and Training Center, AETC) se debe comprometer como un centro de recursos para proporcionar capacitación en temas como trabajar con personas que no cumplen o con conducta perjudicial, o recetar terapias antirretrovirales a personas que tienen trastornos por el uso de sustancias o problemas de salud mental. Tanto los sistemas como las personas necesitarán apoyo y nuevas capacidades para cambiar sus comportamientos.

   b. **Buscar oportunidades para ampliar el apoyo de equipos interdisciplinarios a través de los modelos de telesalud.**
   La telesalud proporciona una oportunidad importante para conectar a médicos clínicos rurales basados en la comunidad y otros proveedores de atención médica entre ellos y con un panel de especialistas. Los modelos de telesalud y de telemedicina también son una opción importante para pacientes LGBT en las zonas rurales, así como para cualquier persona que perciba estigmas o discriminación dentro de su comunidad local y que puedan agravarse por falta de confidencialidad.

   c. **Aumentar los límites de ingresos para la elegibilidad del Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP).**
   El EIP es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drugs Assistance Program) de Washington, y actualmente brinda un apoyo de prima de seguro y ayuda para compartir costos para las PLWH hasta del 400 % del nivel federal de pobreza. Aumentar este límite de ingreso reducirá las cargas de costos y ampliará el acceso al costoso cuidado para el VIH.

   d. **Simplificar los procesos de determinación de elegibilidad de 6 meses para que las PLWH accedan a los servicios.**
   Las regulaciones federales requieren que las PLWH tengan acceso a los servicios para el VIH para establecer su elegibilidad para el programa cada 6 meses, lo que puede ser molesto para algunos afiliados. Se alienta al Departamento de Salud (DOH) a que simplifique y modernice este proceso a través de un programa de elegibilidad centralizado.

   e. **Acelerar la adaptación de las estrategias de los equipos de cuidado a través de mecanismos de financiamiento y contractuales que apoyen a los pacientes más vulnerables que tienen VIH y asistirlos para que permanezcan en el cuidado.**
   Puesto que el DOH toma decisiones sobre el financiamiento de los servicios comunitarios para el VIH en todo el estado, se alienta a la dependencia a que destine recursos para ayudar a que las estrategias de los equipos de cuidados proporcionen los servicios y apoyos para el VIH. Algunas PLWH no pueden asistir regularmente a las citas y necesitan servicios sociales considerables y un gran apoyo para seguir comprometidos con el cuidado. El cuidado de estas personas requiere muchos recursos y la voluntad de reestructurar los sistemas de servicio médico y social. El DOH deberá invertir fondos para asegurar que nuestro estado se preocupe por sus PLWH más vulnerables.

f. **Asegurar que el contenido del EIP apoye las terapias asistidas con medicación acordes a los lineamientos.**
El contenido del EIP debe ser fluido en su capacidad para añadir medicamentos conforme se vuelven disponibles o necesarios para tratar a las PLWH, no sólo nuevos medicamentos antirretrovirales sino cualquiera que las PLWH necesiten con otros diagnósticos o como resultado del envejecimiento.

5. **Equipos de cuidado y organizaciones y sistemas del cuidado médica**:

a. **Todos los miembros del equipo del cuidado médico reconocen su propia responsabilidad compartida para eliminar las barreras de la carga viral suprimida como resultado del éxito para tratar a las PLWH.**
Los equipos necesitan incluir navegadores y pares, y el trabajo deberá incluir un enfoque en cómo se apoya al paciente para que siga el cuidado fuera de los muros de la clínica, incluido el tratamiento de trastorno de abuso de sustancias en curso o las necesidades de la salud mental.

b. **Ofrecer un amplio rango de servicios para los trastornos por el uso de sustancias, incluida la reducción de daños y la terapia asistida con medicación.**
Es esencial contar con una diversidad de servicios y estrategias para satisfacer las necesidades de las PLWH que buscan servicios para el trastorno por el uso de sustancias.

c. **Reconocer que los diagnósticos de salud mental, los trastornos por el uso de sustancias y el VIH son afecciones crónicas que pueden controlarse, cuyos detonantes se comprenden y donde la recaída se reconoce como parte de patrón de la enfermedad.**
Puesto que los servicios están integrados y el enfoque cambia al cuidado de la persona en su totalidad, será importante identificar y minimizar los efectos de múltiples estigmas traslapados de los que son objeto los pacientes. Distintas prácticas de los proveedores pueden compartir lecciones aprendidas y mejorar a todo el equipo. Construir un entendimiento común entre los proveedores sobre el manejo de enfermedades crónicas y de los detonadores ayudará a los proveedores de una disciplina a brindar cuidado sensible a los pacientes con otras afecciones crónicas.

d. **Implementar un proceso de detección universal para que no haya "puertas incorrectas" por las que las PLWH puedan tener acceso a los servicios que necesitan.**
No todas las personas en el equipo del cuidado médico tendrán experiencia en cada área, pero los miembros del equipo deben ser capaces de señalar problemas a otros miembros del equipo, incluidos problemas de cumplimiento con la medicación, violencia doméstica de la pareja y comportamiento sexual de riesgo. Por ejemplo, dada la fuerte relación entre ser una superviviente de la violencia íntima por parte de la pareja y estar en riesgo de contraer el VIH en las mujeres,[xlv] las supervivientes se beneficiarían de una mejor integración entre los sistema para el VIH y para la violencia doméstica de la pareja. De este modo, no importa dónde se "presente" la paciente, el miembro del equipo que trabaja con esa paciente puede asegurar que sus circunstancias particulares estarán correctamente señaladas para los otros miembros del equipo.

6. **Autoridad del cuidado de la salud y comunidades responsables de la salud:**

a. **Incentivar un enfoque interdisciplinario del cuidado que incluya a proveedores médicos, proveedores dentales, especialistas de la salud del comportamiento y otros médicos.**
Reintegrar a todos los miembros del equipo del cuidado médico y premiar a los equipos por el manejo exitoso de casos complejos.

b. **Incluir opciones de proyectos que respondan a las necesidades de las personas que padecen enfermedades infecciosas crónicas en los proyectos de Exención de Transformación Global de Medicaid.**

c. **Incorporar estrategias para reducir los estigmas cuando se planifica la integración de proveedores y sistemas de apoyo a través de las Comunidades responsables de la salud.** Una intervención exitosa requerirá identificar y mitigar los múltiples estigmas traslapados de los que son objeto las PLWH, las personas con diagnósticos de salud mental y quienes se enfrentan a trastornos por el uso de sustancias.

d. **Eliminar los obstáculos para tener acceso a las terapias asistidas con medicación.** Los requisitos previos de autorización y otras políticas son obstáculos para tener acceso a las terapias asistidas con medicación (medication-assisted therapies, MAT), que pueden ser tratamientos altamente exitosos para los trastornos por el uso de sustancias.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Varias acciones (1aii y 3b) requieren específicamente de la capacitación de los proveedores para reducir el estigma relacionado con el VIH y los diagnósticos y el tratamiento de la salud del comportamiento. La acción 6c también requiere estrategias para disminuir el estigma, ya que la integración de los proveedores se realiza a través de las Comunidades responsables de la salud.
2. Un resultado esperado del reconocimiento del VIH, de los diagnósticos de salud mental y de los trastornos por el uso de sustancias como enfermedades crónicas (acción 5c) es una mejor comprensión de estas afecciones, así como de las personas que las padecen, y terminar con los estigmas asociados y frecuentemente traslapados.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Un resultado esperado de la creación de un paquete de servicio completo para el trastorno por el uso de sustancias que satisfaga las necesidades de las PLWH y de las personas en riesgo de infección del VIH (acción 1aiv) es reducir las disparidades en el acceso a estos servicios, incluidos los modelos de reducción de daño de los que son objeto las PLWH.
2. Un resultado esperado del apoyo a los modelos de telemedicina para equipos interdisciplinarios (acción 3c) es reducir las disparidades en el acceso a los servicios de cuidado del VIH y de salud del comportamiento que sufren algunos individuos que viven en zonas rurales.

Lanzar "Un Washington más Saludable para la Juventud": mejorar la educación sobre salud sexual, los servicios de salud física y del comportamiento, y los apoyos y las intervenciones sociales para la juventud de Washington

Dependencias/sectores afectados: Legislatura, Oficina del Gobernador, Sector de Vivienda Asequible y Departamento de Comercio, Oficina del Superintendente de Instrucción Pública y Distritos Escolares locales, Departamento de Salud, Autoridad del Cuidado de la Salud, Departamento de Servicios Sociales y de Salud, jurisdicciones locales y proveedores de servicios, juventud de Washington, PLWH y miembros de las comunidades afectadas por el VIH

Antecedentes:

Educación sobre salud sexual completa e inclusiva

Los jóvenes necesitan tener información, herramientas y recursos para entender los riesgos y tomar decisiones acertadas sobre su salud sexual a lo largo de su vida, y protegerse de enfermedades transmitidas sexualmente (ETS), incluido el VIH y el embarazo no deseado. Una educación sobre la salud sexual que sea completa, precisa desde el punto de vista médico y culturalmente relevante, que incluya a las personas LGBT, brinda esta información a los jóvenes.

La Ley Ómnibus del SIDA[xlvi] establece la educación anual en el plan de estudios sobre el VIH para alumnos de las escuelas públicas de Washington, del 5.º al 12.º grado. En 2007, la legislatura de Washington promulgó la Ley de Juventud Sana (Healthy Youth Act, HYA), que establece que la enseñanza de salud sexual en las escuelas públicas de Washington sea completa, apropiada para la edad y precisa desde el punto de vista médico.[xlvii] Sin embargo, la ley no ***exige*** que las escuelas brinden educación sexual a los alumnos. Actualmente, la Oficina del Superintendente para la Enseñanza Pública (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI) inspecciona de manera aleatoria el plan de estudios y las prácticas sobre educación sexual, dos veces al año, para determinar qué planes de estudio se usan, qué temas se tratan, qué tiempo se destina, etc. Puesto que las inspecciones son aleatorias y voluntarias por parte de los distritos escolares, no reflejan una revisión integral de cumplimiento con la HYA. Actualmente no existe ni un mecanismo de ejecución ni financiamiento para garantizar que el plan de estudios cumpla lo establecido en la Ley. En consecuencia, la implementación de la Ley Juventud Sana ha sido inconsistente en todos los distritos escolares.

Más podría hacerse en los distritos que se desempeñan mejor para asegurar que el plan de estudios y la enseñanza estén actualizados con la ciencia actual y que sean verdaderamente inclusivos en cuanto a las necesidades de la juventud LGBT, incluidos los jóvenes homosexuales y bisexuales, que son la población de mayor riesgo de infección del VIH. De 2009 a 2014, el 16 por ciento de las PLWH recientemente diagnosticadas en Washington eran menores de 25 años.[xlviii] Un plan de estudios mejorado, una supervisión y aplicación más estrictas y mayor asistencia son necesarios para ayudar a las escuelas a brindar materiales innovadores y de vanguardia, como Trabajar para Institucionalizar la Educación de Salud Sexual (Working to Institutionalize Sexual Health Education, WISE), Educación Ejemplar sobre la Salud Sexual (Exemplary Sexual Health Education, ESHE) y el Programa de Educación para la Responsabilidad Personal (Personal Responsibility Education Program, PREP). Estas mejoras ayudarán a asegurar que los jóvenes de Washington obtengan la información que necesitan para tomar decisiones saludables y prevenir las ETS (incluido el VIH) y los embarazos no deseados. Además, los programas de educación sobre la salud sexual deben llegar a los jóvenes que han dejado el sistema escolar, ya sea porque se graduaron o porque lo abandonaron, y que no tienen o están en riesgo de no tener una vivienda o que están en el sistema de justicia juvenil.

> "[Para acercarnos a terminar con el SIDA] garantizaré que cada preparatoria en el estado tenga un programa completo sobre sexualidad que brinde información sobre la prevención del VIH, el uso de condones y no compartir agujas".
>
> *- Receptor de servicios de prevención o de tratamiento para el VIH*

Acceso a la salud sexual, servicios de salud mental y trastornos por el uso de sustancias para la juventud
La ley estatal de Washington identifica tres áreas en las que los menores pueden tener acceso a los servicios de cuidado de la salud sin notificación ni consentimiento parental: salud sexual[xlix] y reproductiva[l], salud mental del paciente ambulatorio[li] y tratamiento para la dependencia química del paciente ambulatorio (trastorno por el uso de sustancias).[lii] Las escuelas y las clínicas de salud escolares son un punto de entrada importante por el que los jóvenes pueden tener acceso o pueden ser referidos a estos servicios. Sin embargo, la disponibilidad de los servicios dentro de las escuelas varía en gran medida a lo largo del estado, y muchos jóvenes en riesgo no pertenecen al sistema escolar. Los resultados más recientes de la Encuesta de Juventud Sana[13][liii] indican que un número creciente de alumnos en Washington se está enfrentando a problemas de salud mental, lo que sugiere que los jóvenes podrían beneficiarse ampliamente del acceso confidencial para integrar por completo los servicios de salud física y salud mental. Puesto que los problemas de salud mental y los trastornos por el uso de sustancias contribuyen al riesgo de las ETS y del VIH, el acceso confidencial a los servicios integrados puede facultar a los jóvenes a abordar los problemas que conducen a un comportamiento de riesgo, y a utilizar herramientas de prevención de las ETS y del VIH.

Además, los jóvenes inscritos en el plan de seguro de salud de sus padres pueden ser reticentes al acceso a los servicios cubiertos, como la prueba del VIH o de ETS y cuidado de la salud reproductiva, debido a su inquietud de que estos servicios se divulguen en la explicación de beneficios (EOB) que se envía al (a los) suscriptor(es) del plan. Esta falta de privacidad de la EOB puede evitar que algunos jóvenes busquen los servicios de cuidado de la salud que necesitan, incluida la detección del VIH, el tratamiento para ETS y PrEP, lo que crea condiciones que pueden poner en peligro su salud y aumentar el riesgo de transmisión del VIH o las ETS.

LGBT-Estigmas y discriminación relacionada contra la juventud de color
Los jóvenes LGBT sufren de estigmas en sus escuelas, comunidades y, con demasiada frecuencia, en sus propios hogares. Más del 85 por ciento de los jóvenes homosexuales y transgénero o no binarios informa haber sido acosado verbalmente en la escuela debido a su orientación sexual o a su identidad de género.[liv] Es probable que los jóvenes LGBT y los jóvenes de color experimenten de manera desproporcionada la falta de vivienda. Un estudio del Instituto Williams encontró que el 40 por ciento de los jóvenes que no cuentan con vivienda o que están en riesgo de perderla han sido identificados como LGBT.[lv] La encuesta de jóvenes sin vivienda o con vivienda inestable de *Count Us* en 2014 del condado de King encontró que el 22 por ciento de los encuestados se identificó como LGBT y el 51 por ciento, como jóvenes de color.[lvi] La falta de vivienda aumenta la probabilidad de que estos jóvenes adopten comportamientos que aumentan su riesgo de infección del VIH, incluido el uso de sustancias y el sexo transaccional, [lvii] así como las posibilidades de que se involucren en el sistema de justicia criminal, que afecta de manera desproporcionada a los jóvenes de color. Más del 60 por ciento de los jóvenes LGBT que no tienen vivienda intenta suicidarse.[lviii] Los jóvenes LGBT que no tienen vivienda o están en riesgo de perderla pueden beneficiarse de estructuras amplias de asistencia social que afirmen sus identidades sexuales y de género y que trabajen para desmantelar el estigma en contra de los LGBT y sus efectos. Además, se necesitan más servicios de vivienda y de apoyo culturalmente apropiados para satisfacer las necesidades de los jóvenes LGBT y de los jóvenes de color.

Ley de Prevención y Protección de Jóvenes sin Vivienda
La legislatura y el gobernador Inslee reconocen la necesidad de colaboración entre las dependencias y los sectores para evitar la falta de vivienda para la juventud y ayudar a los jóvenes que actualmente no cuentan con una vivienda. El 25 de abril de 2015, el gobernador Inslee firmó la Ley de Prevención y Protección de Jóvenes sin Vivienda, que establece la Oficina de Programas para Jóvenes sin Vivienda y determina que se espera que los sistemas estatales, como los hogares de guarda y la justicia juvenil, ya no liberen a jóvenes y a jóvenes adultos cuando no cuentan con una vivienda.[lix]

---

[13] La Encuesta de Juventud Sana es una encuesta sobre la salud y los comportamientos de riesgo creada por la OSPI, la DOH, el DSHS y la Junta estatal de Licor y Cannabis, y se proporciona cada dos años a jóvenes de los grados 6.º, 8.º, 10.º y 12.º en las escuelas públicas de Washington. Los resultados informan sobre las intervenciones de salud pública y seguridad para los jóvenes.

Medidas:

1. **<u>Oficina del Gobernador</u>:**
    a. **Crear un Consejo de Salud Juvenil que aconseje a la Oficina del Gobernador, a las dependencias estatales y a la legislatura sobre problemas importantes de salud de los jóvenes en Washington.**
    El Consejo de Salud Juvenil comprenderá a los jóvenes residentes de Washington de distintos contextos raciales y culturales, identidades de sexo y de género, ubicaciones geográficas, experiencias educativas y vocacionales, antecedentes socioeconómicos y experiencias con sistemas, incluido el tratamiento de la salud mental y de los trastornos por el uso de sustancias, apoyo a la vivienda e intervenciones con las personas sin vivienda, hogares de guarda y justicia juvenil. El propósito del Consejo de Salud Juvenil es facultar a la juventud de Washington, en particular a aquellos en las comunidades marginadas, a que investiguen, dialoguen y propongan soluciones e intervenciones políticas para apoyar la salud y el bienestar de la persona en su totalidad y reducir las disparidades entre la juventud. Un liderazgo juvenil para implementar las acciones en este conjunto de recomendaciones asegurará de mejor manera las intervenciones y las políticas relevantes para las necesidades de los jóvenes, en particular las de los jóvenes LGBT y los jóvenes de color. De parte del sector no lucrativo, el United Way del condado de King proporciona un ejemplo de consejo consultivo juvenil. Los jóvenes de este consejo se reunieron en 2013 para informar sobre las decisiones relativas a las inversiones del United Way del condado de King en jóvenes mayores.[lx]

2. **<u>Legislatura</u>:**
    a. **Promulgar un mandato en el que todas las escuelas públicas en Washington enseñen educación sexual apropiada para la edad, completa, precisa desde el punto de vista médico y que incluya a las personas LGBT.**
    La Ley Juventud Sana de 2007 constituye una base sólida, y ahora es tiempo de promulgar leyes que complementen la Ley para asegurar que <u>todos</u> los jóvenes residentes en Washington reciban educación sobre la salud sexual y relacional que sea completa, precisa desde el punto de vista médico y que incluya a las personas LGBT, que considere la ciencia más actual sobre las ETS, el VIH y los métodos de prevención. Se necesitarán recursos y mecanismos adicionales para supervisar el plan de estudios en uso y aplicar completamente el cumplimiento de la Ley Juventud Sana. Este esfuerzo debe buscar la disminución del VIH y las ETS, de embarazos no deseados y del estigma que sufren las minorías sexuales, y debe promover una mejor comprensión y aceptación de todas las identidades sexuales y de género entre todos los jóvenes y el personal de las escuelas públicas del estado de Washington. Los esfuerzos actuales de la OSPI en este campo deben ser respaldados firmemente, pero el mandato es la acción clave que se necesita ahora.

3. **<u>Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI), Juventud de Washington</u>:**
    a. **Desarrollar módulos innovadores en línea y aplicaciones móviles para la educación de la salud sexual, diseñados por jóvenes.**
    Las escuelas y la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública también deberán buscar modelos innovadores como módulos en línea y aplicaciones móviles, para brindar educación de salud sexual a jóvenes de manera accesible. Dichos módulos y aplicaciones permitirán que se personalicen los programas a las necesidades de los estudiantes individuales, con lo que se les proporciona una educación detallada, relevante a los jóvenes LGBT en sus idiomas de preferencia. El desarrollo y diseño del contenido debe incluir la participación importante de los mismos jóvenes para fortalecer a los colegas respecto a su salud sexual y para garantizar mejor que el material sea relevante y accesible para el público previsto. Los módulos y aplicaciones en línea tendrán el fin de proporcionar un espacio confidencial para los jóvenes que buscan

información que, quizá, no tienen la confianza de preguntar en frente de sus compañeros; de complementar la información brindada durante las clases, y de ayudar a cubrir las necesidades de los jóvenes que no asisten a la escuela.

4. **<u>Legislatura, distritos escolares locales, organizaciones de atención médica y proveedores de servicios para jóvenes</u>:**
   a. **Aumentar el acceso a los servicios confidenciales de salud sexual y del comportamiento en los consultorios principales, en las escuelas y en otras instalaciones comunitarias donde los jóvenes, dentro y fuera de la escuela, se sientan más cómodos para recibir los servicios. Apoyar la expansión de redes de las clínicas escolares y aumentar la disponibilidad de condones. Identificar maneras de proporcionar acceso a la PrEP y a jeringas estériles para los jóvenes en riesgo de contraer VIH y para la gente joven que se inyecta drogas.**
   Las clínicas escolares aumentan el acceso a la atención, incluso el acceso a las pruebas de VIH/ETS y otra atención relacionada con la salud sexual. El estado de Washington debe expandir en gran medida el número de clínicas escolares y patrocinar sociedades entre los proveedores médicos y las escuelas públicas para proporcionar servicios de atención médica sexual confidencial, incluso pruebas para el VIH y planificación familiar. Además, se alienta a las organizaciones, como los refugios y los centros comunitarios y para jóvenes a hacer equipo con los proveedores médicos para cubrir las necesidades de los jóvenes que utilizan esos servicios. Dichas clínicas también deben proporcionar una atención más integral y remisiones para el tratamiento de enfermedades de salud mental y de abuso de sustancias.

   Los servicios deben ser culturalmente receptivos y satisfacer las necesidades de todos los jóvenes inscritos en la escuela o que obtienen los servicios, incluso los jóvenes que se identifican como LGBT. Al reconocer que para las personas sexualmente activas, sin importar su edad, los condones, cuando se usan de forma adecuada, ofrecen protección contra las ETS, es imperativo que estén ampliamente disponibles los programas de distribución de condones. Los jóvenes con riesgo de contraer VIH también necesitan acceso a la PrEP y las personas jóvenes que se inyectan drogas deben tener acceso a jeringas estériles. También se recomiendan medidas para proteger la privacidad de los jóvenes afiliados en el seguro médico de sus padres cuando solicitan los servicios, como pruebas de VIH o ETS, y se describen con más detalle en la Recomendación para el seguro, acción 1 a.

   b. **Aumentar la disponibilidad de condones y su distribución para los jóvenes fuera de las escuelas.**
   Con el fin de llegar a tantos jóvenes como sea posible, los programas de distribución de condones en las escuelas deben ser complementados con la repartición de condones en lugares, como parques y centros comunitarios, donde se reúne la gente joven que no participa en el sistema escolar.

   c. **Aumentar el apoyo para la reducción de daños y los servicios de jeringas para la juventud.**
   El aumento reciente en el consumo de opioides podría significar que más jóvenes se inyectan drogas y el aumento de la probabilidad de que los jóvenes involucrados en la calle estén más en contacto con jeringas desechadas. Es necesario más apoyo para garantizar que los jóvenes, incluso los jóvenes sin hogar, tengan acceso a jeringas estériles y cuenten con información sobre la reducción del daño si se inyectan drogas. Los programas de servicio de jeringas también ayudan a mantener las jeringas usadas fuera de las áreas públicas, incluso de parques y campamentos urbanos.

5. **<u>Programas de la Oficina de Prevención y Protección de la Juventud Sin Hogar (Departamento de Comercio)</u>:**
   a. **Aumentar el apoyo para los jóvenes que se involucran esporádicamente en el sistema escolar o están fuera de él, incluso los jóvenes que dejaron el sistema K-12 o excedieron la edad, los**

jóvenes sin hogar y sin compañía, los jóvenes en el sistema de cuidado tutelar y los jóvenes en el sistema juvenil de justicia, con énfasis en los servicios culturalmente adecuados para los jóvenes LGBT y los jóvenes de color.
Promover oportunidades con la Ley de Prevención y Protección de los Jóvenes Sin Hogar y los nuevos programas de la Oficina de Prevención y Protección de los Jóvenes Sin Hogar para aumentar las opciones de albergues, viviendas, educación y capacitación para el empleo para los jóvenes LGBT que cambian entre varios sistemas e instituciones. Ya que muchos de estos jóvenes provienen de manera desproporcional de comunidades de color, las intervenciones exitosas deben reconocer las barreras intersectoriales a las que se enfrentan los jóvenes de color sin hogar y con viviendas inestables. Las acciones específicas incluyen, entre otras cosas, la educación y servicios de salud sexual para los jóvenes fuera del sistema escolar; acceso a pruebas para el VIH o ETS y otros servicios preventivos para los jóvenes reclusos, y acceso a servicios de salud física y del comportamiento completamente integrados para todos los jóvenes.

b. **Aumentar el apoyo y alcance de los jóvenes LGBT y otras personas jóvenes involucradas en el trabajo sexual comercial o que son traficadas.**
Desarrollar más los recursos dentro y fuera de las escuelas para dar mejores servicios y alcanzar a más jóvenes LGBT y a otra gente joven que sea víctima del tráfico sexual o que participe en el trabajo sexual comercial. Muchos de estos jóvenes no tienen hogar o su hogar es inestable y, con frecuencia, se han salido del sistema escolar. Presentan un riesgo incrementado de adquirir VIH y ETS, así como también otros desafíos para la salud del comportamiento.

6. **Distritos escolares locales, proveedores de servicios para jóvenes:**
   a. **Reforzar el apoyo social para los jóvenes LGBT y los jóvenes de color para reducir el estigma en contra de los LGBT y las consecuencias en la salud del racismo y apoyar la autoestima, la autodeterminación y las relaciones saludables.**
   Los sistemas de apoyo social para los jóvenes LGBT y de color son una intervención importante en contra de los efectos del estigma y el racismo. Además, una fuerte red de apoyo social y visible para los jóvenes LGBT y de color ayudará a derribar el estigma en las escuelas y en la comunidad. Los espacios seguros, las tutorías y las oportunidades de desarrollo de líderes y otras actividades para los jóvenes LGBT y de color mejorarán el bienestar general y contrarrestarán los efectos negativos en la salud física y mental del estigma y el racismo.

7. **OSPI y distritos escolares locales:**
   a. **Establecer requisitos de horarios para los profesores, consejeros, enfermeras escolares, entrenadores y otro personal escolar para que se capacite sobre la concientización cultural de los LGBT y la manera de abordar la salud sexual con los alumnos.**
   Con el fin de promover un ambiente socialmente de apoyo para los jóvenes LGBT y para todos los alumnos con preguntas sobre salud sexual, todo el cuerpo docente y el personal deben estar capacitados sobre concientización cultural de los LGBT y la manera de abordar temas de salud sexual. Los programas de capacitación deben ser desarrollados por la OSPI y el DOH, en sociedad con Welcoming Schools (Escuelas de Bienvenida), y con la aportación de los distritos escolares locales, los educadores y la gente joven.

8. **OSPI y distritos escolares locales, Departamento de Salud:**
   a. **Evaluar el éxito de estos esfuerzos a través de la Encuesta de Juventud Sana (Healthy Youth Survey) y expandir la distribución de la encuesta fuera de las instalaciones escolares.**
   Se realiza la Encuesta de Juventud Sana cada dos años a los alumnos de Washington de los años escolares 6.º, 8.º, 10.º y 12.º y se plantean preguntas sobre una variedad de temas, incluso la seguridad y violencia, la nutrición, el abuso de sustancias y la actividad sexual.[lxi] Sin embargo, las preguntas sobre actividad sexual están limitadas y no es obligatorio que las escuelas las incluyan, por lo tanto, se limita la cantidad y calidad de la información. Todas las escuelas públicas de Washington deben realizar la Encuesta de Juventud Sana haciendo participar a tantos alumnos

como sea posible y deben incluir preguntas integrales sobre la actividad sexual de los estudiantes, sus identidades sexuales y de género y comportamientos. Además, la OSPI y el DOH deben buscar canales de distribución adicionales para garantizar de una mejor forma que los jóvenes que no están involucrados en las instalaciones de las escuelas públicas participen en la encuesta. Esto permitirá una evaluación equitativa sobre las necesidades de los jóvenes en cada comunidad.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Un resultado previsto de la creación del Consejo de Salud Juvenil (Youth Health Council) (punto de acción 1a) es reducir el estigma que los jóvenes LGBT y de color pueden experimentar, por medio del compromiso y el fortalecimiento.
2. Un resultado previsto de reforzar el mandato de la ley de educación de salud sexual de Washington (punto de acción 2a) y de crear módulos y aplicaciones en línea para la educación de la salud sexual integral y global (punto de acción 3a) es hacer que las necesidades de salud de los LGBT sean más visibles y, por consiguiente, reducir el estigma relacionado con los LGBT.
3. Un resultado previsto de exigir capacitación para el cuerpo docente y el personal escolar sobre la concientización de los LGBT y la manera de platicar sobre salud sexual (punto de acción 7a) y los proveedores de servicios para la juventud (punto de acción 5a), y proporcionar apoyo social a los jóvenes LGBT y de color en las escuelas (punto de acción 6a) es reducir el estigma que los jóvenes LGBT y de color pueden experimentar en las instalaciones escolares y cuando buscan recibir un servicio.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Un resultado previsto de aumentar el acceso a los servicios de pruebas de VIH/ETS y de salud del comportamiento en las organizaciones que atienden a los jóvenes (punto de acción 4a) y de incrementar la disponibilidad de condones para los jóvenes fuera de las escuelas (punto de acción 4b) es reducir las disparidades en la atención médica y el acceso a la prevención a las que se enfrentan los jóvenes sin hogar, con hogar inestable o que, simplemente, no participan en el sistema escolar. Asimismo, crear módulos y aplicaciones en línea para la información de la salud sexual (punto de acción 3a) reducirá las disparidades en el acceso al conocimiento sobre el bienestar sexual que experimentan los jóvenes que no asisten a la escuela.
2. Un resultado previsto de trabajar con los programas recién creados de la Oficina de Programas de Prevención y Protección para los Jóvenes sin Hogar (punto de acción 5a) es abordar y reducir las disparidades que afectan a los jóvenes sin hogar, incluso a aquellos que son víctimas del tráfico sexual o son trabajadores sexuales comerciales, los cuales provienen desproporcionalmente de comunidades LGBT y de color.

Vigorizar y reforzar el compromiso y el poder significativos de la comunidad para las personas y comunidades afectadas de forma desproporcional por las disparidades y el estigma relacionados con el VIH

Sectores/dependencias afectados: PLWH y miembros de la comunidad afectados por el VIH, Departamento de Salud, organizaciones y sistemas de atención médica, jurisdicciones locales y proveedores de servicios

Antecedentes:
Las PLWH han estado al frente de la política y las intervenciones programáticas desde el inicio de la epidemia. Estos esfuerzos han contribuido de manera directa a un aumento dramático en la concientización del VIH y el acceso y mantenimiento de la atención médica relacionada con el VIH. Muchos organismos de planificación, incluso los Consejos de Planificación Ryan White, necesitan una representación de las PLWH. No obstante, las respuestas de la encuesta y los comentarios en los foros de la comunidad durante el proyecto Acabemos con el SIDA indican, hasta el momento, que los servicios de VIH de nuestro sector público y privado podrían hacer más para comprometer y reforzar por completo a las PLWH y a las comunidades que se ven afectadas de manera desproporcional por el VIH. Esta solicitud de oportunidades de inclusión y liderazgo en el diseño y en la toma de decisiones no sólo es sobre el fortalecimiento de la comunidad, un objetivo por sí mismo valioso, sino también sobre hacer que todos los servicios comunitarios para el VIH sean más receptivos a las necesidades de la comunidad y, por lo tanto, sean más efectivos para lograr los objetivos de Acabemos con el SIDA en Washington.

Al usar las disparidades relacionadas con el VIH y las diversas formas de estigma como una lupa, vemos que existen muchas oportunidades para fortalecer la "participación de la comunidad" como un elemento clave para terminar con la epidemia de VIH en nuestro estado. Un miembro del Equipo de Dirección mencionó lo siguiente: *Creo que queremos un proceso genuinamente de colaboración, uno que involucre a las PLWH y a las comunidades afectadas, pero también que involucre a los proveedores de servicios médicos y sociales, al gobierno y a las organizaciones de salud.* Una de las primeras conversaciones clave con cada comunidad (consulte la siguiente definición) será llegar a un conocimiento mutuo de lo que significa un "proceso genuinamente de colaboración" y qué comportamientos y acciones pueden hacer que esto suceda de manera efectiva.

Para que las "comunidades" participen de manera más completa y efectiva podrían ser definidas por el estatus de VIH, la orientación sexual, la geografía, la procedencia étnica y racial, el estado de la salud mental, la identidad sexual u otro factor que describa o defina por qué pueden ser estigmatizadas o pueden experimentar disparidades. La palabra "comunidad" tendrá muchos significados. Y aunque pueden haber estado involucrados algunos miembros de la comunidad en el pasado, existen miembros adicionales de la comunidad que, con probabilidad, querrán participar en el futuro.

Con frecuencia, los miembros de muchas comunidades prefieren que la participación se lleve a cabo en su "cancha" e incluyen papeles de liderazgo por parte de los líderes en su grupo. La "cancha" podría ser un centro comunitario, una iglesia, un restaurante, una casa u otro lugar donde los miembros de la comunidad se sienten como en casa. Los miembros de la comunidad tendrían muchas opciones para contribuir con ideas, incluso con comentarios hablados, por escrito, grabados, entrevistas, etc. Se hablan diferentes idiomas gracias a los intérpretes y a los materiales traducidos. El objetivo es ofrecer muchas vías de participación para los miembros de la comunidad.

Parte del proceso se dedica a permitir que los miembros de la comunidad compartan sus propias experiencias y que las personas que toman decisiones escuchen dichas experiencias. Esto podría incluir un proceso paralelo de recopilación de historias de la comunidad en entrevistas breves o por escrito, como parte de la campaña de comunicaciones de Acabemos con el SIDA en Washington. Estas historias brindan un contexto y la oportunidad para una concientización y un conocimiento más integrales por parte de los patrocinadores, las personas que realizan las políticas, los diseñadores de programas, las organizaciones de servicio, etc.

Un proceso genuinamente de colaboración en el que participe la comunidad tomará tiempo y, a veces, será un reto para todas las partes involucradas. No existen soluciones sencillas y rápidas, ya que el estigma a largo plazo experimentado por nuestras comunidades (como la homofobia, la transfobia y el racismo) ha infligido mucho daño con el paso de los años. Resarcir el daño y crear nuevas formas de trabajar en colaboración con las comunidades dañadas por el estigma y las disparidades tomará tiempo, paciencia, un nuevo aprendizaje y la flexibilidad ante la incertidumbre.

La parte emocionante es que existe un verdadero deseo por parte de la salud pública, las organizaciones de servicios y las personas afectadas por el VIH de trabajar juntos de nuevas maneras, usando información clara sobre los temas relacionados con el VIH que deben abordarse.

> "Cualquier intervención necesita comenzar desde el fondo, en especial cuando hablamos de disparidades raciales y étnicas. Existen muchas personas VIH positivas que no participan debido a varios factores, por mencionar algunos: el estigma, la cobertura médica y la falta de conocimiento sobre cómo funciona el sistema. La intervención será exitosa si la experiencia de las comunidades participa en el diseño de la intervención".
>
> *- Proveedor de servicios para el VIH*

En términos más generales, las reformas previstas en la ley de Cuidado de Salud Asequible apoyan este tipo de trabajo dentro del sistema de salud. Comunidades Responsables de la Salud, que se centran a nivel local, trabajan con socios en muchos otros sectores, para observar los factores determinantes sociales de la salud y las disparidades de la salud relacionadas y para realizar evaluaciones sobre las necesidades de la comunidad. Con base en ese trabajo, se están considerando y diseñando nuevas estrategias de participación de la comunidad.

Al mismo tiempo, la transformación de la práctica de atención médica exige un enfoque muchos más fuerte en una atención centrada en el paciente, que vea no sólo la condición de salud específica del paciente, sino también toda su vida, su familia, la comunidad y otros factores (y determinantes sociales) que afectan su calidad de vida.

Esta recomendación:

- crea nuevas oportunidades para que la salud pública aborde los determinantes sociales y las disparidades desde las raíces y a nivel detallado;
- crea objetivos de Un Washington más Saludable en torno a Comunidades Responsables de la Salud, evaluaciones de la comunidad y participación de la comunidad;
- crea objetivos de Un Washington más Saludable alrededor de la atención centrada en el paciente y la transformación de la práctica; y
- une las iniciativas relacionadas con la equidad, como Salud en Cada Política, Sistema de Salud Pública del Futuro (Health in Every Policy, Public Health System of the Future), etc.

La recomendación incluye acciones tanto a nivel macro (sistema de salud) como a nivel específico para el VIH.

Líderes para el trabajo del compromiso de la comunidad. Al recomendar que Salud Pública sea el líder en el trabajo del compromiso de la comunidad, el Grupo de Dirección de la Planeación para el VIH (HPSG) también manifestó que para que esta clase de trabajo (y para el trabajo de reducción del estigma y las disparidades) sea efectivo y exitoso, es esencial que los líderes conceptualicen e implementen este trabajo de maneras novedosas (especial y específicamente para incluir las aportaciones de los miembros de la comunidad y a los líderes de los procesos de diseño e implementación). Las recomendaciones del HPSG sobre CÓMO avanzar en la implementación de esta recomendación se encuentran en la sección Implementación/pasos siguientes de este informe.

Punto de acción macro:

1. **La Salud Pública debe ser líder para articular la visión de compromiso de la comunidad en sociedad y colaboración con los miembros de las comunidades afectadas, la Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority, HCA), Comunidades Responsables de la Salud y los sistemas de salud interesados.**
   Es esencial que todos los organismos involucrados en la integración e innovación de los sistemas de salud trabajen en colaboración para garantizar el compromiso relevante de la comunidad.

Puntos de acción específicos para el VIH:

Se ha identificado un número de acciones específicas de compromiso de la comunidad que el personal del DOH y sus compañeros de la comunidad pueden implementar que son específicas para las comunidades afectadas por el VIH. Observe que todas estas ideas específicas del VIH proporcionan modelos que pueden adaptarse para otras áreas de enfoque dentro del sistema de salud.

1. **<u>PLWH y miembros de la comunidad afectados por el VIH, Departamento de Salud, organizaciones y sistemas de atención médica, jurisdicciones locales y proveedores de servicios</u>:**
   a. **Diseñar la estructura de la implementación y la responsabilidad para las recomendaciones en el informe Acabemos con el SIDA en Washington. Identificar una persona especial del personal a nivel estatal (Oficina de Enfermedades Infecciosas del DOH) cuya única labor sea el proyecto Acabemos con el SIDA en Washington.**
      El HPSG discutirá las opciones de implementación a principios de 2016, incluso el papel del HPSG, el papel de otros grupos o comités de trabajo y la conveniencia de tener un equipo general de implementación de Acabemos con el SIDA. Cualquier grupo organizado o designado para ayudar con la implementación debe reflejar una variedad de perspectivas e incluir a las comunidades más afectadas por la implementación, de acuerdo con los principios de compromiso de la comunidad articulados en este informe. La persona del personal de Enfermedades Infecciosas del DOH debe tener el proyecto Acabemos con el SIDA como su única responsabilidad; no debe agregarse el trabajo del proyecto Acabemos con el SIDA a una carga de trabajo de un cargo ya existente.

      Las recomendaciones en este documento son sólo el primer paso para lograr los objetivos del proyecto Acabemos con el SIDA en Washington. Los esfuerzos de implementación exitosos deben contar con el apoyo y el liderazgo de la comunidad.

   b. **Hacer equipo con grupos comunitarios existentes, como paneles de asesoría para el consumidor y consejos asesores comunitarios de investigación, para comprometer a los miembros de las comunidades afectadas a identificar e implementar las estrategias de empoderamiento de la comunidad. Comprometer a las comunidades en la creación de una visión compartida del "proceso genuinamente de colaboración" de tal forma que todos puedan trabajar para que esta colaboración suceda de manera efectiva**.
      Este esfuerzo debe ser guiado por los miembros de las comunidades afectadas, que se encuentran en una posición para comprometer de forma auténtica a los compañeros miembros de la comunidad y facilitar las conversaciones y para planificar ese liderazgo de desarrollo y empoderamiento a nivel de la comunidad. Estos esfuerzos deben incluir definir la palabra "comunidad", al recomendar maneras de comprometer a los individuos que no se identifican como miembros de ninguna comunidad en particular y al explorar formas de modificar la prestación de los servicios (por ejemplo, cambiar los horas de las clínicas) para aumentar el acceso. Deben crearse espacios para que los miembros de la comunidad hablen abierta y constructivamente sobre sus experiencias al interactuar con las entidades de salud pública o las CBO o al recibir sus servicios.

c. **Garantizar una representación suficiente de PLWH y miembros de las comunidades afectados en el resto de los organismos de toma de decisiones, incluso con personal remunerado.** Todos los organismos de planificación y asesoría, incluso el HPSG y cualquier órgano de implementación creado o designado en específico para el proyecto Acabemos con el SIDA, deben tener la representación suficiente de PLWH y miembros de las comunidades afectadas que permita la participación significativa y auténtica. Además, el personal del sector público y privado que toma las decisiones sobre la prevención del VIH y las investigaciones y programas de atención o tratamiento deben incluir la presentación suficiente de PLWH y comunidades afectadas de manera desproporcional por el VIH. Ésta no es una recomendación para retirar a ningún profesional del VIH de su cargo actual, sino es más intencional en cuanto a la representación a medida que el personal cambia de forma natural con el tiempo.

d. **Incluir la creación de capacidad para PLWH y miembros de las comunidades afectadas en las oportunidades de financiamiento para el VIH.**
Con el fin de que las PLWH y los miembros de las comunidades desproporcionalmente afectadas por el VIH sean participantes y líderes exitosos en los organismos de toma de decisiones y como miembros del personal remunerado, los sectores públicos y privados deben invertir tiempo y recursos financieros para crear la capacidad de los miembros de la comunidad y desarrollar nuevos procesos que comprometan a las comunidades de manera creativa y efectiva. Para enfatizar la importancia de la creación de capacidad, debe financiarse en específico como una parte de los programas integrales de prevención y atención o tratamiento del VIH. Cuando sea posible, estos programas de creación de capacidades deben estar diseñados y guiados por colegas.

e. **Establecer maneras adicionales para que las PLWH y los miembros de las comunidades afectadas se involucren de forma significativa en la planificación, el desarrollo de programas o la evaluación del VIH sin unirse a un consejo u órgano de planificación.**
No todos tienen el tiempo o el deseo de sentarse en un consejo o unirse al personal de una organización. Deben existir maneras adicionales, de tiempo más limitado para las PLWH y los miembros de las comunidades afectadas para que se les consulte sobre su experiencia para mantenerse sanos y acceder a los servicios. Los Pueblos Interesados en el VIH (HIV Stakeholder Villages) de HPSG son un ejemplo de este modelo. A través de los Pueblos, los cuales no tienen una afiliación formal, los miembros de la comunidad pueden obtener información del HPSG y del Departamento de Salud sobre las estrategias y programas actuales y propuestos para el VIH y, a su vez, plantean preguntas y proporcionan retroalimentación.[lxii]

f. **Dirigir los recursos para el VIH para financiar el apoyo de los colegas, navegadores colegas y oportunidades vocacionales para las PLWH y los miembros de las comunidades afectadas.**
Comprometer a los colegas en la prestación de servicios es dar poder a las PLWH y a los miembros de las comunidades afectadas y hace que los sistemas de salud y apoyo sean más accesibles para aquellos que necesitan estos servicios. Incrementar el apoyo social y las oportunidades vocacionales para las PLWH que desean trabajar de la misma manera reduce el estigma relacionado con el VIH y contribuye a una mayor calidad de vida para las PLWH. Lo mismo se aplica para los miembros de las comunidades afectadas. Por ejemplo, el nuevo portafolio de los Servicios Comunitarios Mejorados para el VIH brindará oportunidades para emplear y utilizar a colegas. Cuando sea posible, los requisitos de acreditación deben basarse en la experiencia, así como también en lo académico para poder minimizar las barreras para emplear a PLWH y miembros de las comunidades afectadas en este campo.

g. **El desarrollo de mensajes y de programas debe ser guiado por las comunidades que estas intervenciones pretenden beneficiar.**
Los mensajes y programas exitosos de prevención y atención o tratamiento del VIH para comunidades específicas deben ser informados y diseminados por los miembros de esas mismas

comunidades. Esto es vital para crear mensajes y programas que sean accesibles y receptivos a los valores y necesidades de las comunidades.

h. **Todos los materiales de alcance, educativos, de elegibilidad y programáticos deben estar en diferentes idiomas y deben ser culturalmente adecuados, incluso en lenguaje de señas estadounidense en formato de video.**
Con el fin de comprometer a todos los que viven con VIH o están en riesgo de contraerlo en su propio bienestar, todos los materiales relacionados con el VIH creados por las entidades públicas y privadas deben estar disponibles en los idiomas de preferencia de los destinatarios y en niveles adecuados de lectura. Deben proporcionarse fondos suficientes para apoyar el desarrollo de contenidos, la traducción y los servicios de interpretación que incluyan las expresiones coloquiales y el argot relevantes para la comunidad.

Atención y reducción del estigma relacionado con el VIH a través de estas medidas:

1. Todos los puntos de acción en esta sección están diseñados para reducir el impacto del estigma experimentado por las PLWH y los miembros de las comunidades desproporcionalmente afectadas por medio de un compromiso, liderazgo y empoderamiento auténticos de la comunidad.

Atención y reducción de las disparidades relacionadas con el VIH a través de estas medidas:

1. Todos los puntos de acción en esta sección están diseñados para reducir las disparidades que afectan a las PLWH y a los miembros de las comunidades desproporcionalmente afectadas a través del empoderamiento de los miembros de la comunidad para guiar los esfuerzos de implementación del proyecto Acabemos con el SIDA en Washington, incluso el diseño, la implementación y la evaluación del programa, en una manera que sea receptiva para las PLWH y los miembros de las comunidades que carecen de servicios.

Implementación/siguientes pasos

Periodo de comentarios públicos de 45 días
El informe de Acabemos con el SIDA en Washington, las recomendaciones y las acciones se publicarán en los sitios web del DOH y de Acabemos con el SIDA en Washington el 1.º de diciembre de 2015 para la revisión y los comentarios del público. En el cierre del periodo de comentarios (15 de enero de 2016), el HPSG revisará los comentarios e incorporará las modificaciones sugeridas. Después se publicarán el informe final y las recomendaciones en marzo de 2016 y se enviarán al gobernador Inslee y al DOH para comenzar la coordinación de la implementación de las recomendaciones.

Implementación de las recomendaciones de Acabemos con el SIDA en Washington y puntos de acción:
Una vez que finalice el periodo de comentarios públicos y se publique el informe final, la implementación exitosa de las recomendaciones y los puntos de acción necesitarán una fuerte coordinación, un compromiso y empoderamiento significativos de la comunidad y un liderazgo en todos los sectores dedicados a lograr los objetivos del proyecto Acabemos con el SIDA en Washington.

El Equipo de Dirección recomienda que se aborde el siguiente trabajo al implementar las recomendaciones de Acabemos con el SIDA:

LIDERAZGO:

Liderazgo y coordinación general del trabajo futuro y la implementación del proyecto Acabemos con el SIDA en Washington. Mientras que el Director de la Oficina de Enfermedades Infeccionas dentro del DOH supervisará el avance de este trabajo, necesita identificarse a la persona encargada de la asignación del trabajo real (miembro del personal de Acabemos con el SIDA). Éste es un nuevo trabajo y no puede agregarse a una carga de trabajo existente de un miembro del personal.

El miembro del personal de Acabemos con el SIDA (punto de acción 1a en la sección Compromiso y empoderamiento de la comunidad) y cualquier grupo creado o designado para ayudar con la implementación debe trabajar para identificar a los líderes en todos los sectores identificados en las recomendaciones anteriores como un paso inicial para preparar y ejecutar los planes de implementación.

El miembro especial del personal de Acabemos con el SIDA será un punto vital de responsabilidad y organización para toda la iniciativa Acabemos con el SIDA en Washington. Es por esto que serán esenciales el financiamiento y el apoyo institucional y comunitario para este puesto y la persona en este cargo.

Liderazgo para el trabajo a realizar en la implementación de las recomendaciones para la reducción del estigma, la reducción de las disparidades relacionadas con el VIH y el compromiso de la comunidad.

Al recomendar que el DOH sea la "entidad a cargo" para estas tres recomendaciones, el HPSG también manifestó que para que el trabajo de reducción del estigma y las disparidades y el trabajo de compromiso de la comunidad sea efectivo y exitoso, es esencial que los líderes conceptualicen e implementen este trabajo de maneras novedosas (especial y específicamente para incluir las aportaciones de los miembros de la comunidad y a los líderes de los procesos de diseño e implementación).

El HPSG propone el siguiente esquema conceptual para *CÓMO* debería avanzar este trabajo.

- Para proporcionar atención y tener un impacto en el estigma, las disparidades de salud y el compromiso de la comunidad es importante incorporar procesos continuos de liderazgo que desarrollen un conocimiento detallado de las experiencias vividas de las personas cuyas circunstancias son muy diferentes de las de nosotros. Esto es necesario para los cambios de actitud y mentalidad profundos indispensables para crear relaciones y colaboraciones efectivas que nos muevan de manera equitativa y

respetuosa más allá de la experiencia presente. Si se hace bien, éste es un proceso considerado, de tiempo intensivo y sincero. Un liderazgo visionario y totalmente comprometido es la clave en todos los niveles.

- Aunque el DOH puede convocar el Trabajo de Énfasis Especial (Special Emphasis Workgroup, SEW) para el estigma, el HPSG recomienda que el grupo de trabajo de SEW aborde las cuestiones sobre liderazgo, los cargos clave y quién estará en esos cargos, a medida que se implemente el trabajo de reducción del estigma. Asimismo, el HPSG cree que los cargos de liderazgo deben ser especificados para hacer avanzar el trabajo de disparidades y compromiso de la comunidad.

- Las comunidades que participen en este trabajo incluirán a las personas con base en la naturaleza de la disparidad o el estigma, es decir, hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas y etnias relacionadas con el VIH, hombres homosexuales y bisexuales afroamericanos, hombres inmigrantes latinos, hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas y etnias, personas que se inyectan drogas, mujeres, etc.). Estas recomendaciones asumen la participación continua de nuevos participantes y de los participantes actuales.

- Se considerarán las siguientes preguntas de liderazgo para cada recomendación:
  - ¿Cuál es la entidad responsable?
  - ¿Quién es el experto o patrocinador?
  - ¿Quién proporcionará los recursos (personal, financiamiento, etc.)?
  - ¿Quién está realizando ya el trabajo y cómo podemos reconocerlos y comprometerlos?
  - ¿Quién tiene experiencia en esta área?
  - ¿Quiénes son los socios clave y cómo trabajamos conjuntamente de forma efectiva con ellos?
  - ¿Quién convoca, escucha, ayuda a la gente de la comunidad y cómo el convocador es importante para el grupo particular que se compromete?
  - ¿Cómo la información recabada en la comunidad guía el diseño y el desarrollo de las acciones?
  - ¿Quién es responsable de llevar a cabo las acciones?
  - ¿Cómo los miembros de la comunidad se vuelven líderes en este trabajo?
  - ¿Cómo este trabajo refleja los valores y principios en la recomendación de compromiso de la comunidad?
  - ¿Cómo este trabajo se vincula con otro trabajo de equidad de salud que se realiza en las comunidades?
  - ¿Cómo puede vincularse el trabajo a los objetivos del proyecto Acabemos con el SIDA y las medidas adecuadas?

IMPLEMENTACIÓN E INFORMACIÓN:

- Debe desarrollarse un **plan de implementación de Acabemos con el** SIDA y se deben abordar dichos temas como planteamiento de prioridades y fechas límite, incluso la implementación gradual del trabajo como sea necesario. Los puntos de acción que pueden implementarse rápidamente deben avanzar de forma veloz, mientras se establece el trabajo preliminar para los puntos de acción a plazo más largo, más aspiracionales. Las personas y los grupos responsables de lograr el progreso deben ser identificados con claridad.

- **Medidas específicas para la reducción de las disparidades relacionadas con el VIH para los grupos destacados en el Grupo de Trabajo de Énfasis Especial para la disparidades relacionadas con el VIH.** Esta recomendación también se identifica en el punto de acción 1a en la sección de Disparidades. Con el fin de reducir de forma efectiva las inequidades de salud relacionadas con el VIH y los resultados de salud, deben establecerse medidas específicas y debe supervisarse el progreso. El DOH ha vuelto a convocar al SEW y este grupo (incluso nuevos miembros como ha sido necesario) ayudarán al DOH en el desarrollo de las medidas para evaluar las reducciones en las disparidades identificadas. Estas medidas estarán disponibles para el informe final que se publicará en marzo de 2016.

- **Desarrollo de información** adicional, incluso las medidas numéricas específicas para los objetivos del proyecto Acabemos con el SIDA para reducir las disparidades relacionadas con el VIH (con el SEW de disparidades) y mejorar de la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Debe programarse el trabajo sobre otros elementos de la información, incluso el análisis complementario de las disparidades que afectan a los grupos adicionales. Finalmente, el esfuerzo de implementación debe incluir la consideración del desarrollo de objetivos y medidas para cada recomendación, en particular como una manera de medir el progreso.

Trabajo futuro: Áreas que requieren mayor trabajo identificadas por el Grupo de Dirección de la Planeación para el VIH (HPSG)

Con el curso de la redacción del informe Acabemos con el SIDA en Washington, las recomendaciones y los puntos de acción, el Equipo de Dirección y el HPSG identificaron varias áreas en las que debe realizarse trabajo para reducir las brechas y las disparidades y para aumentar el acceso al tratamiento y prevención del VIH. Éstas requieren un análisis mayor entre la salud pública, los miembros de la comunidad, otros sistemas y los expertos en la materia. Aunque algunas de estas áreas se mencionaron en las recomendaciones y en los puntos de acción anteriores, no hubo tiempo de desarrollarlas en detalle y se describen aquí más minuciosamente para guiar el trabajo futuro.

- **Diseñar y realizar trabajo específico para abordar la epidemia del VHC.**
  A pesar de que se encuentran áreas que se superponen entre las poblaciones que viven con VIH o VHC o están en riesgo de contraerlos, así como también los proveedores de servicios y los sistemas de tratamiento y prevención del VIH y VHC, existe una necesidad crítica de abordar el VHC por sí solo. Mientras que la Proclamación del Gobernador y este informe son específicos para la epidemia del VIH en Washington, existen oportunidades en la fase de implementación para provocar que los puntos de acción beneficien a las personas que viven con el VHC o están en riesgo de contraerlo, algunas de las cuales también viven con VIH. Esto incluye solicitar e implementar pruebas de rutina para el VHC al mismo tiempo que el VIH y abordar los altos costos de las medicinas de especialidad para el VHC y el VIH. Éstos se observan en las recomendaciones PrEP y de pruebas de rutina anteriores.

  El HPSG reconoce la necesidad y la importancia de abordar el VHC por separado. Con este fin, el HPSG recomienda que se implemente un proceso de planificación similar al proceso Acabemos con el SIDA para el VHC, que se analice la situación actual y se desarrollen planes específicos y recomendaciones para abordar el VIH en el estado de Washington. Deben identificarse recursos de personal especializado en el DOH para este trabajo del VHC y el esfuerzo de la magnitud prevista aquí debe contar con sus propios recursos de personal, no debe agregarse a la carga de trabajo de un miembro existente del personal.

- **Objetivos y programas sólidos para las poblaciones adicionales que viven disparidades relacionadas con el VIH, incluso los individuos transgénero/no binarios, los inmigrantes documentados e indocumentados, la gente que se inyecta drogas, los trabajadores sexuales comerciales, los indígenas estadounidenses y otros.**
  El HPSG reconoce y expresó su inquietud sobre el hecho de que numerosos grupos experimentan disparidades, más allá de las poblaciones mencionadas en el Grupo de Trabajo de Énfasis Especial para las disparidades relacionadas con el VIH, relacionados con el riesgo de contraer VIH, el acceso a la atención y los resultados de salud. Aunque existen ciertos puntos de acción específicos para estos grupos (por ejemplo, el punto de acción 1c, sobre atención médica para los transgéneros/no binarios, en la sección Sistema de salud que cubre las necesidades de las minorías sexuales), se necesita más trabajo para responder mejor a las necesidades de estas comunidades y para reducir las barreras y disparidades a las que se enfrentan.

  Este trabajo adicional de información se planificará y programará después de que se completen las medidas para las disparidades ya identificadas.

- **Aumentar el compromiso en todo el espectro de la atención para las PLWH que están dentro y están saliendo de las cárceles y prisiones.**
  Este concepto se identifica en el punto de acción 1av en la sección Atención médica integral de las personas, pero requiere una mayor atención para garantizar que exista una respuesta sólida ante las barreras a las que se enfrentan las PLWH al recibir atención mientras están en la cárcel o prisión, y cuando son liberadas. Es necesario un trabajo importante en esta área.

[i] https://www.aids.gov/federal-resources/national-hiv-aids-strategy/nhas-update.pdf
[ii]Grupo de Trabajo de Énfasis Especial para lo relacionado con el VIH, "HIV-Related Health Disparities" ("Disparidades sanitarias relacionadas con el VIH"), Departamento de Salud del Estado de Washington, 19 de febrero de 2015.
[iii] Oficina de Política Nacional sobre el SIDA de la Casa Blanca, *National HIV/AIDS Strategy for the United States* (*Estrategia Nacional Contra el VIH/SIDA para los Estados Unidos*): *Actualizada hasta 2020.* Julio de 2015.
[iv] Dombrowski JC, Harrington RD, Golden MR. Evidence for the long-term stability of HIV transmission-associated sexual behavior after HIV diagnosis (Pruebas de la estabilidad a largo plazo de la conducta sexual relacionada con la transmisión del VIH después del diagnóstico de VIH). *Sex Transm Dis.* (*Enfermedades de transmisión sexual*). 2013; 40(1): 41-45.
[v] Grant, R.M., Lama, J.R., Anderson, P.L., et al. (2010). Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men (Prevención de la infección por VIH-1 con la terapia antirretroviral temprana de quimioprofilaxis de preexposición para la prevención del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres). *New England Journal of Medicine,* 363, 2587-2599. Recuperado de http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205
[vi] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy (Prevención de la infección por VIH-1 con terapia antirretroviral temprana). *N Engl J Med.* 2011; 365(6): 493-505.
[vii] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm
[viii] http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/human-immunodeficiency-virus-hiv-infection-screening
[ix]Grupo de Trabajo de Énfasis Especial para lo relacionado con el VIH, "HIV-Related Health Disparities" ("Disparidades sanitarias relacionadas con el VIH"), Departamento de Salud del Estado de Washington, 19 de febrero de 2015.
[x] http://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/430-033-HIVTestProviders.pdf
[xi] http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm
[xii] http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/communicable/hiv/providers/msmstd.aspx
[xiii] https://www.aids.gov/federal-resources/national-hiv-aids-strategy/nhas-update.pdf
[xiv] http://www.cdc.gov/hiv/pdf/guidelines/PrEPguidelines2014.pdf
[xv] http://news.coveredca.com/2015/05/covered-california-board-protects.html
[xvi] http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/nominating-recommendation-statement-topics
[xvii] Purcell DW, Johnson CH, Lansky A, et al. Estimating the population size of men who have sex with men in the United States to obtain HIV and syphilis rates (Cálculo del tamaño de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Estados Unidos para obtener las tasas de VIH y sífilis). *Open AIDS J.* 2012; 6: 98-107.
[xviii] Hamel l, Firth F, Hoff T, Kates J, Levine S, Dawson L. *HIV/AIDS In The Lives Of Gay And Bisexual Men In The United States* (*El VIH/SIDA en la vida de los hombres homosexuales y bisexuales de Estados Unidos*). Kaiser Family Foundation; 2014.
[xix] Khosropour C. University of Washington Public Health Capacity Building Center. Comunicación personal
[xx] Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings (Recomendaciones corregidas para la aplicación de pruebas de detección del VIH a adultos, adolescentes y mujeres embarazadas en centros de atención médica). *MMWR Recomm Rep.* 2006; 55 (RR-14): 1-17; encuesta CE 11-14.
[xxi] Public Health - Seattle & King County HIV testing and STD screening* recommendations for men who have sex with men (MSM) 2010. (Recomendaciones sobre pruebas de detección del VIH y de ETS de la oficina de Salud Pública de Seattle y el condado de King para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres [MSM]). Seattle, WA. 2010. http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/communicable/hiv/providers/msmstd.aspx
[xxii] http://www.transhealth.ucsf.edu/pdf/Sevelius_HIV_Specialist_Dec13.pdf
[xxiii] Washburn K, Goodwin C, Pathela P, Blank S. Insurance and billing concerns among patients seeking free and confidential sexually transmitted disease care: New York City sexually transmitted disease clinics 2012 (Inquietudes sobre seguros y facturación entre pacientes que buscan atención gratuita y confidencial para enfermedades de transmisión sexual). *Sex Transm Dis. (Enfermedades de transmisión sexual)* 2014; 41(7): 463-466.
[xxiv] Dombrowski JC, Simoni JM, Katz DA, Golden MR. Barriers to HIV Care and Treatment Among Participants in a Public Health HIV Care Relinkage Program (Obstáculos que enfrentan los participantes en un programa de reconexión de atención de VIH de salud pública para recibir atención y tratamiento para el VIH). *AIDS Patient Care STDS.* 2015; 29(5): 279-287.
[xxv] http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/nominating-recommendation-statement-topics
[xxvi] http://www.lgbtqnation.com/2015/09/life-insurance-company-denies-coverage-to-man-taking-truvada/2/
[xxvii] Health Insurance Marketplace Quality Initiatives online at http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Health-Insurance-Marketplace-Quality-Initiatives.htm.
[xxviii] http://news.coveredca.com/2015/05/covered-california-board-protects.html

[xxix] Holtgrave, D.R. (2009). Housing as HIV prevention and care (Vivienda como prevención y cuidado del VIH). Presentación en la Consulta sobre VIH y Vivienda de la Oficina de Política Nacional sobre el SIDA de la Casa Blanca, 17 de diciembre de 2009; Holtgrave, et al., 2007.
[xxx] https://www.hudexchange.info/resources/documents/The-Connection-Between-Housing-and-Improved-Outcomes-Along-the-HIV-Care-Continuum.pdf
[xxxi] http://www.hivhousingsummit.org/2012/Presentations/Aidala_Housing-is-Prevention.pdf
[xxxii] http://nationalaidshousing.org/PDF/FactSheet.pdf
[xxxiii] https://www.hudexchange.info/reports/HOPWA_Perf_NatlComb_2013.pd
[xxxiv] http://www.hivhousingsummit.org/2012/Presentations/Aidala_Housing-is-Prevention.pdf
[xxxv] Ibid.
[xxxvi] http://www.pewtrusts.org/~/media/Assets/2015/05/OHFApolicybrief_May2014.pdf?la=en
[xxxvii] http://www.health.ny.gov/diseases/aids/ending_the_epidemic/docs/key_resources/housing_and_supportive_services/hiv_care_cascade_nychopwa.pdf
[xxxviii] http://www.seattletimes.com/seattle-news/13-rental-properties-in-seattle-accused-of-discrimination/
[xxxix] Ashman JJ, Conviser R, Pounds MB. Associations between HIV-positive individuals' receipt of ancillary services and medical care receipt and retention (Asociaciones entre la recepción de servicios auxiliares por parte de personas VIH positivas, y la recepción de cuidado médico y la retención). *AIDS Care* (*Cuidado del SIDA*). 2002; 14 (Supl. 1) S 109-18.
[xl] Sherer R, Stieglitz K, Narra J. et al. HIV multidisciplinary teams work:support services improve access to and retention in HIV primary care (El trabajo de equipos multidisciplinarios del VIH: los servicios de apoyo mejoran el acceso a y la retención del cuidado primario del VIH). *AIDS Care* (*Cuidado del SIDA*). 2002; 14: S 31-44.
[xli] Messeri PA, Abramson DM, Aidala AA, et al. The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York City (El impacto de los servicios auxiliares del VIH en el compromiso del cuidado médico en la ciudad de Nueva York), *AIDS Care* (*Cuidado del SIDA*). 2002;14(Supl. 1): S 15-29.
[xlii] Ojikutu B, Holman J, Kunches L, Landers S, Perlmutter D, Ward M, Fant G, Hirschhorn L. Cuidado interdisciplinario del VIH en un entorno cambiante del cuidado de la salud en Estados Unidos. *Cuidado del* SIDA 2014;26(6):731-5.doi:10.1080/09540121.2013.85299. Epub 6 de nov. de 2013.
[xliii] Henry J. Kaiser Family Foundation (KFF). Medicaid and HIV: A National Analysis (Medicaid y el VIH: Un análisis nacional). 2011. Disponible en: http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/8218.pdf.
[xliv] http://leg.wa.gov/JOINTCOMMITTEES/ABHS/Pages/default.aspx
[xlv] https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/vaw-hiv_working_group_report_final_-_9-6--2013.pdf
[xlvi] http://www.k12.wa.us/HIVSexualhealth/PreventionEdRequirements.aspx
[xlvii] http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=28A.300.475
[xlviii] http://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/150-030-HIVSurveillanceSemiAnnualReport1-2015.pdf
[xlix] http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.24.110
[l] http://apps.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=9.02.100
[li] http://apps.leg.wa.gov/RCW/dispo.aspx?cite=71.34.030
[lii] http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.96A.230
[liii] http://www.askhys.net/Docs/BHSIA-News-Release-Healthy-Youth-Survey-FINAL.PDF
[liv] https://www.americanprogress.org/issues/lgbt/news/2010/06/21/7980/gay-and-transgender-youth-homelessness-by-the-numbers/
[lv] http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Durso-Gates-LGBT-Homeless-Youth-Survey-July-2012.pdf
[lvi] http://www.cehkc.org/doc_reports/CUI2014FINALReport.pdf
[lvii] http://www.hivhousingsummit.org/2012/Presentations/Aidala_Housing-is-Prevention.pdf
[lviii] https://www.americanprogress.org/issues/lgbt/news/2010/06/21/7980/gay-and-transgender-youth-homelessness-by-the-numbers/
[lix] http://app.leg.wa.gov/billinfo/summary.aspx?bill=5404&year=2015
[lx] http://www.childrenandyouth.org/what/sacy/youth-engagement/youth-advisory-council/
[lxi] http://www.k12.wa.us/SafetyCenter/HealthyYouthSurvey/default.aspx
[lxii] http://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/HIVAIDS/Planning/HIVStakeholderVillage