

UNA PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL SOBRE
LA PREVENCIÓN,
TRATAMIENTO,
Y POLÍTICA DEL VIH

PRIMAVERA 2011

ACHIEVE

en español

ADENTRO

DE LA ESTRATEGIA A LA REALIDAD: LO QUE NECESITAMOS SABER PARA HACER QUE LA NHAS FUNCIONE 6

La Estrategia Nacional de VIH/SIDA (NHAS) establece que es necesaria la investigación sobre la prevención y tratamiento del VIH, pero no define los retos de la investigación.



LA CRISIS DE ADAP: A LA ESPERA DE MEDICAMENTOS 8

Hay 8.230 personas en listas de espera de medicamentos contra el VIH de ADAP en 13 estados.

NUEVAS ESPERANZAS PARA UNA CURA 11

Encontrar una cura no será fácil, pero con un esfuerzo real podrían hacerse realidad antes de lo que pensamos.

Perspectiva Personal: EL ROSTRO CAMBIANTE DE

LA PRUEBA DEL VIH 14

Debido a los cambios en las leyes de la prueba del VIH, más personas tendrán acceso a la prueba del VIH sin el consentimiento por escrito.

LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SIDA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL ACTIVISMO 16

Después de 30 años, ¿Por qué los mismos grupos siguen dominando las nuevas infecciones por el VIH?



EDITORIAL 19

Achieve es una publicación conjunta de ACRIA y GMHC.



Una Nueva Era para los Cuidados de Salud del VIH

por Robert Greenwald y Amy Killelea

La reforma de cuidados de la salud implica cambios importantes en el horizonte de nuestro sistema de cuidados de la salud, y la atención del VIH en particular. Debemos comenzar una discusión abierta y honesta sobre lo que significan estos cambios para los que viven con el VIH. En este entorno cambiante - una en la que miles de personas con VIH tienen acceso a seguros públicos y privados, por primera vez - el rol de los programas de Ryan White va a cambiar drásticamente. Los programas de Ryan White han sido los principales proveedores de la atención, tratamiento y servicios por más de 20 años. Sin embargo, en los últimos años la financiación ha estado muy por debajo de la demanda, y las personas ahora son incapaces de conseguir la atención que necesitan. La reforma de salud será de gran ayuda para hacer frente a los problemas causados por falta de financiación y el aumento de la necesidad.

El futuro de la atención del VIH debe incluir la integración de los servicios de Ryan White en los sistemas de salud recientemente creados. Esta no es tarea fácil e involucran decisiones difíciles y cambios en el orden actual. Debemos trabajar para asegurarnos de que funcionen estas oportunidades recientemente creadas y de que los inevitables desafíos se aborden de manera que todas las personas con VIH reciban la atención que merecen.

¿Qué significa la Reforma de Cuidados de Salud para las personas con VIH?

Expansión de Medicaid

Casi el 30% de las personas con VIH no tienen seguro médico, y hasta un 59% no reciben tratamiento regular. Los requisitos de Medicaid que una persona de bajos ingresos con el VIH necesita ser inhabilitado por el SIDA para ser elegible para el programa ha sido una gran barrera. La pieza

continúa en la página 3

EDITORES EN JEFE

Daniel Tietz
Sean Cahill

EDITOR

Mark Milano

EDITORES ASOCIADOS

Luis Scaccabarozzi
Nathan Schaefer
Robert Valadez

EDITOR MÉDICO

Jerome A. Ernst, MD

TRADUCTOR Y EDITOR EN ESPAÑOL

Luis Scaccabarozzi

ADMINISTRADOR DE PUBLICACIONES

Mark Milano

DISEÑO

Tom Dolle

Copias gratuitas de *Achieve* se ofrecen a organizaciones que proveen servicios para personas viviendo con el VIH. Para más información llame al 212-924-3934 anexo 129, correo electrónico: achieve@acria.org, o escribanos a *Achieve*, 230 West 38th Street, 17th floor, New York, NY 10018.

Copyright © 2011 AIDS Community Research Initiative of America y Gay Men's Health Crisis.

Todos los derechos reservados. Reproducción no comercial permitida con reconocimiento de propiedad. Las listas de suscripción se mantienen de forma confidencial.

Las fotos utilizadas no indican el estado de salud, orientación sexual, o la historia personal de los modelos.

ACRIA Trials in Progress

BMS-663068

Para personas con VIH que sean mayores de 18 años y que se hayan hecho resistentes a más de un medicamento para el VIH tomarán BMS-663068 (un inhibidor experimental fijación del VIH experimental) o Reyataz por un máximo de 96 semanas. Todos tomarán también Isentress y Viread.

Cenicriviroc (TBR-652)

Para personas con VIH que sean mayores de 18 años y que no han tomado medicamentos contra el VIH tomarán Cenicriviroc (un inhibidor experimental del CCR5) o Sustiva durante un año. Todos tomarán también Truvada.

BI 201335

Para personas de 18 a 70 años que tengan el virus de la hepatitis C, pero no el VIH, y que no hayan tomado interferón, tomarán BI 201335 (un

inhibidor experimental de la proteasa del VHC) con PEG-interferón y ribavirina durante 12-48 semanas.

Ibalizumab

Personas VIH negativas recibirán cuatro inyecciones semanales de Ibalizumab (un anticuerpo monoclonal) para estudiar su seguridad y su efecto sobre el sistema inmunológico.

Selzentry

Para personas con VIH que sean mayores de 18 años y que no hayan tomado medicamentos contra el VIH tomarán Selzentry o Truvada durante 22 meses. Todos tomarán también Prezista con Norvir.

Para más información sobre estas pruebas, en contacto con nosotros en el 212-924-3934, ext. 100.

Compensación está disponible para algunos estudios.

ACRIA Lanza Estudios de Hepatitis C

Por primera vez en sus 20 años de historia, ACRIA conducirá estudios para la hepatitis C (VHC), una infección que afecta a 4 millones de personas en los EE.UU. y alrededor del 30% de las personas con VIH. Es la principal causa de muerte para las personas con ambos virus.

El primer estudio, un inhibidor experimental de la proteasa del VHC, comenzará a inscribir a finales de junio. Se comparan dos dosis diferentes del fármaco con un placebo en personas que tienen el VHC, pero no el VIH. Todos en el estudio también tomarán la terapia estándar del VHC (una combinación de interferón pegilado y ribavirina).

El segundo estudio, programado para iniciarse en septiembre, un estudio experimental del inhibidor de la proteasa del VHC se administrará con interferón y ribavirina, en personas que tienen hepatitis C y VIH. Este estudio estará abierto a personas que nunca han tomado tratamiento anti-VHC y para los que si hayan tomado tratamientos.

Estudios adicionales están siendo consideradas con la esperanza de encontrar tratamientos más efectivos para esta condición seria.

Los Cuidados de Salud *continúa de la página 1*

más importante de la reforma de salud para personas con el VIH es la eliminación de este cruel requisito.

A partir de 2014, las personas de bajos ingresos con el VIH ya no se ven obligados a esperar hasta ser inhabilitados por el SIDA para ser elegibles para Medicaid. En cambio, la mayoría de las personas que hacen hasta el 133% del nivel federal de pobreza (FPL, alrededor de \$14,000 para una persona y \$29,000 para una familia de cuatro) serán elegibles sobre la base de ingresos por sí solos. Además, las personas recién elegibles para el programa tendrán derecho a un paquete de beneficios que incluye, como mínimo, las mismas “prestaciones esenciales de salud” requerido para todos los planes de salud que ofrecen los seguros privados creados por la ley de reforma de salud.

Reformas de Medicare Parte D

El acceso no interrumpida a la medicación es esencial para el tratamiento del VIH. Actualmente, Medicare Parte D tiene un déficit de financiación conocido como el “agujero del donut” (la gente es responsable de pagar \$4,550 para sus medicamentos después de que Medicare haya pagado \$2,830) dejando a muchos no pudiendo pagar los medicamentos que salvan vidas. Las siguientes reformas ayudarán a las personas con VIH:

- Las contribuciones de ADAP ahora se pueden utilizar para ayudar a la gente a salir del agujero del donut más rápido y contarán como parte de sus pagos personales. (Ya en vigor.)
- Las personas en Medicare reciben un descuento del 50% de todos los medicamentos recetados de marca, reduciendo sus pagos personales en efectivo para la mayoría de las personas con VIH de 4.550 dólares al año a aproximadamente \$ 2.100. (Ya en vigor.)
- El agujero del donut se eliminará progresivamente y se eliminará completamente en el 2020.

El acceso a los seguros privados

Las personas con VIH (así como otros millones de personas en los EE.UU.) serán capaces de comprar seguros privados con mayor facilidad. A partir de 2014, cada Estado estará obligado a poner en marcha un intercambio que servirá como un mercado para que las personas puedan comprar planes de seguros de salud individuales y



Photo: Jonathon Berliner

grupales. Subsidios estarán disponibles para las personas que ganan hasta el 400% del FPL (alrededor de \$ 43.000 para una persona) para que el seguro privado sea más asequible. Los planes vendidos a través de los intercambios debe incluir “los beneficios esenciales de salud,” cuyos detalles serán determinados por el gobierno federal.

Eliminación de las prácticas discriminatorias de Seguros

Debido a las prácticas de seguros dañinas, actualmente no es posible que una persona con VIH pueda comprar un seguro privado individual. Además, la cobertura médica privada es a menudo limitada y no cubre los servicios necesarios de VIH. La reforma de salud elimina muchas de estas prácticas nocivas.

- Los planes de salud tienen prohibido excluir a los niños debido a una enfermedad preexistente. (Ya en vigor.) A partir de 2014, los planes también están prohibidos de excluir a los adultos por condiciones preexistentes. Además, a partir de 2014 no se le puede negar la cobertura basándose en el estatus de VIH o cobrar primas más altas a causa del VIH u otras discapacidades.
- Los planes de salud tienen expresamente prohibido el establecimiento de límites en la cobertura de toda la vida. (Ya en vigor.) Empezando en enero de 2014, no se le permitirá poner límites anuales de cobertura.

- Las aseguradoras tienen prohibido cancelar la cobertura cuando una persona se enferma, excepto en los casos de fraude. (Ya en vigor.)

La Prevención y la Inversiones en Salud Pública

Millones de nuevos dólares invertidos en iniciativas de prevención, centros de salud comunitarios, y expansiones de los profesionales de la salud significara que las personas con VIH tengan acceso a la atención integral de una variedad de nuevas fuentes. Los centros comunitarios de salud, por ejemplo, recibirán \$11 mil millones durante los próximos cinco años para ampliar sus servicios. Esto permitirá que algunas clínicas de Ryan White se conviertan en Centros de Salud Federalmente Calificados y proporciona una oportunidad para que los centros de salud comunitarios proporcionen los servicios necesarios cuidados, tratamiento y prevención. Las nuevas inversiones también significan que muchas personas recién aseguradas con VIH tendrán acceso a la prevención del VIH y los servicios que habrá más proveedores de servicios de salud disponibles.

El camino a seguir

La reforma de salud representa un gran cambio tanto en el sistema de atención de la salud y la filosofía detrás de ella. El énfasis en la prevención y el bienestar, las intervenciones de la comunidad, y los modelos de atención integral tiene implicaciones

continúa en la página siguiente

importantes para los servicios de VIH y los proveedores, especialmente en relación con el programa Ryan White. Para muchas personas con VIH, la atención ha sido proporcionada por distintos programas en los distintos centros de atención sanitaria. A través de estos programas, hemos desarrollado una experiencia en coordinación y la atención al “paciente en su totalidad”, la creación de un plan para los modelos de “salud en el hogar” que ocupan un lugar destacado en la ley de reforma de salud.

Pero el tren de reforma de cuidados de la salud no ha llegado a la estación final. Incluso los más grandes partidarios de la atención del VIH y los programas de Ryan White en el gobierno y el Congreso

apoyo prestados a través del Programa Ryan White. Así que debemos comenzar a pensar acerca de lo que el futuro de los servicios de VIH en general, y Ryan White, en particular, deben ser similares. Esto es especialmente importante teniendo en cuenta el hecho de que los fondos Ryan White no han sido suficientes para satisfacer la demanda. Por otra parte, si la comunidad del VIH sigue dependiendo exclusivamente de Ryan White para asegurar que las necesidades de las personas con VIH se cumplen, habremos perdido una oportunidad importante para acceder a los miles de millones de dólares en nuevas fuentes de financiación incluidos en la reforma de salud. Además, habremos perdido una oportunidad para integrar el modelo de prestación de servicios coordinados que es el sello del programa Ryan White dentro de las nuevas reformas a mayor escala.



nos están diciendo que el enfoque actual de separar a la atención del VIH ya no es sostenible. Ellos insisten en que será en el mejor interés de las miles de personas con VIH que tienen acceso a seguros públicos y privados, por primera vez para nosotros para poner nuestros esfuerzos en asegurarse de que la reforma de salud funcione para las personas con VIH.

Sabemos que incluso después de que se implemente la reforma de salud, seguirá existiendo una necesidad para la atención especializada de VIH, tratamiento y servicios de

Las Seis Acciones que cada Activista del VIH Debe Tomar

1. Defender la Reforma de Salud

A pesar de los importantes avances que ofrece la reforma de salud en la lucha contra el VIH (el aumento del acceso a Medicaid y seguros privados, la eliminación de prácticas perjudiciales y discriminatorias de seguros, el aumento de los esfuerzos de prevención), la reforma que los miembros del Congreso valerosamente aprobaron el

año pasado está en peligro de derogación. No podemos permitir que la promesa que la reforma tiene para millones de Americanos caiga víctima de un ataque partisano.

2. Garantizar que los servicios de VIH y la Infraestructura de Ryan White se integre dentro de la Reforma de Cuidados de Salud

El programa Ryan White ha sido una fuente esencial de la atención de miles de personas con el VIH, y seguirá prestando importantes servicios, incluso después de algunas de las disposiciones importantes de la reforma de salud entren en vigor. Dadas las dificultades de financiación al que se enfrenta Ryan White y los cambios provocados por la reforma de salud, sin embargo, no podemos confiar en Ryan White únicamente para asegurar que las necesidades de tratamiento del VIH se cumplan. Debemos pensar creativamente sobre cómo integrar sus servicios y proveedores de salud capacitados en sistemas más amplios.

Los programas de Ryan White ofrecen una base importante para el tipo de servicios que necesitan las personas con enfermedades crónicas. En muchos sentidos, los programas de Ryan White sirven como un modelo de mejores prácticas para la atención integral y rentable. Debemos asegurarnos de que estos modelos se integran en los sistemas generales de salud. Esto significa iniciar conversaciones con los proveedores, activistas y legisladores acerca de cómo los servicios que las personas con VIH dependen o puedan ser integrados dentro de los centros de salud comunitarios, Medicaid y seguros privados.

3. Garantizar de que el Paquete de “Beneficios de Salud Esenciales” cubra las necesidades de personas con el VIH y otras enfermedades crónicas

La reforma de cuidados de la salud requiere que todos los planes vendidos a través de intercambios de seguros, así como los beneficios que se les ofrecen a las personas recién elegibles para Medicaid (los que no eran elegibles para Medicaid en la fecha en que se promulgó la ley), sean “los beneficios de salud esenciales.” Este paquete debe contener los servicios ambulatorios y de urgencias, hospitalización, maternidad y cuidado del recién nacido, salud mental y servicios de consumo de sustancias (incluido el tratamiento de salud mental), medicamentos recetados, servicios de rehabilitación y los dispositivos, servicios de laboratorio, servicios de prevención y bien-

estar, tratamiento de enfermedades crónicas, y los servicios de pediatría (incluyendo cuidados dentales y de visión). Debido a que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU debe definir los detalles del paquete, el activismo es necesario para asegurar que los beneficios de cumplir con la amplia gama de necesidades de aquellos con derechos a ellas, incluidas las personas con VIH.

4. Enfrentar la Crisis Actual de ADAP

Estamos en medio de una escasez de financiamiento de ADAP (ver artículo en página 8). El resultado ha sido una de acceso a la atención y la crisis de salud pública, con más de 8.000 personas en la actualidad en listas de espera de ADAP en todo el país. Los Estados también han aprobado otras medidas de ahorro como la limitación de los medicamentos cubiertos por ADAP. Tenemos que presionar a los legisladores estatales y federales para garantizar la plena financiación de ADAP, ahora y hasta 2014, hasta que la expansión de Medicaid ofrezca cobertura de medicamentos recetados para la mayoría de personas de bajos ingresos con el VIH.

5. Apoyar la Implementación de la Estrategia Nacional de VIH/SIDA

En julio de 2010, el Presidente Obama anunció la Estrategia Nacional de VIH/SIDA (NHAS), detallando los objetivos y las prioridades para hacer frente a la epidemia del SIDA en los EE.UU. y proporcionando el camino a seguir para reducir drásticamente el número de nuevas infecciones por



ciones estatales para “1.115 exenciones”, que son necesarios para ampliar de inmediato Medicaid para las personas con VIH que no tienen discapacidades.

6. Defender Medicaid

Hoy en día, Medicaid es una línea de vida esenciales para el cuidado y tratamiento para muchas personas con el VIH. A partir de

Conclusión

Hay muchas incógnitas con respecto a la reforma de salud, y la comunidad de activistas deben estar preparados para responder a los contratiempos. Si el Congreso, el Presidente, o los gobiernos estatales tienen la convicción política de cumplir con la promesa de la reforma de salud en forma más beneficiosa a nuestra comunidad es una cuestión abierta.

Dicho esto, ahora no es el momento de hacer caso omiso de las enormes oportunidades presentadas por la financiación nuevas y las innovadoras iniciativas de prestación de los servicios dados a través de la reforma de salud. En su lugar, debemos trabajar para defender la ley y para garantizar que los servicios, proveedores y modelos de Ryan White se integren en las iniciativas de reforma de salud. El papel de Ryan White en la reforma del cuidado de la salud es un tema complicado, y la comunidad del VIH se beneficiarán de un diálogo abierto sobre la mejor manera de avanzar. ■

Pero el tren de reforma de cuidados de la salud no ha llegado a la estación final. Incluso los más grandes partidarios de la atención del VIH y los programas de Ryan White en el gobierno y el Congreso nos están diciendo que el enfoque actual de separar a la atención del VIH ya no es sostenible.

el VIH, aumentar el acceso a la atención y tratamiento, y reducir las disparidades de salud. Como comunidad, hemos luchado por la NHAS, y debemos estar preparados para seguir luchando por su plena implementación. Los defensores deben trabajar con las agencias federales, funcionarios estatales de salud y organizaciones comunitarias para implementar las disposiciones del NHAS, tales como apoyar las aplica-

2014, Medicaid se convertirá en una fuente aún más importante de la atención de miles de personas actualmente sin seguro médico con el VIH que será elegible para Medicaid debido a la reforma de salud. Para asegurarse de que Medicaid sea capaz de satisfacer esta necesidad, los defensores del VIH debe unir fuerzas con otras personas fuera de la comunidad del VIH para proteger contra los cortes perjudiciales para el programa de Medicaid, tanto a nivel estatal y federal.

Robert Greenwald es el Director del Centro de Servicios Legales de la Clínica de Leyes y Pólizas de la Facultad de Derecho de Harvard y Director del Proyecto de Expansión del Acceso a Tratamientos (TAEP). Amy Killelea es becada clínica y abogada de la Clínica y TAEP.



Lo que Necesitamos Saber para que Funcione la NHAS

por Stephen F. Morin, PhD., Raymond A. Smith, PhD,
y Robert H. Remien, PhD

La Casa Blanca lanzó la primera Estrategia Nacional de VIH/SIDA (NHAS) en julio de 2010 para proporcionar “un plan conciso que identificará un conjunto de prioridades y medidas estratégicas de acción vinculados a resultados medibles.” Acompañando la estrategia está un Plan de Implementación Federal que describe los pasos a seguir por las agencias Federales.

Tanto la Estrategia y el Plan reconocen que nuevas actividades de investigación serán necesarias para avanzar la prevención, tratamiento y cuidados. Por ejemplo, “la Estrategia no puede tener éxito sin un progreso continuo y sostenido en la investigación biomédica y de comportamiento ... los enfoques actuales para la prevención del VIH deben ir acompañadas de nuevas e innovadoras investigaciones sobre métodos de prevención que pueden tener un impacto a largo plazo.” Sin embargo, ninguno de los documentos ofrece un panorama de los desafíos principales de investigación.

Pruebas Tempranas

La evidencia existente sugiere que el método voluntario de “prueba y tratamiento” podría reducir drásticamente los nuevos casos de VIH en una década. Algunos piensan que incluso podría detener la pandemia. Pero antes de que este enfoque puede comenzar, será necesario llevar a cabo investigaciones para estudiar su viabilidad, eficacia, beneficios a las personas frente a los beneficios a la sociedad, y la rentabilidad.

El CDC estima que más de 200,000 personas en los EE.UU. tienen el VIH, pero no son conscientes de ello. El porcentaje de aquellos que no saben es mayor en algunos grupos, como los hombres jóvenes de color que tienen sexo con hombres (HSH). Las pautas de CDC de 2006 hacen un llamado para detectar el VIH mediante pruebas a todos los pacientes a menos que la tasa de infección por VIH en su grupo de riesgo sea extremadamente bajo. La gente en grupos de alto riesgo, tales como HSH, usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales, parejas de personas con VIH, y los heterosexuales con más de una pareja, deben ser evaluados al menos una vez al año, al igual que las personas que reciben tratamientos para la tuberculosis o infecciones de transmisión sexual.

Conocer el estatus de VIH se traduce en importantes beneficios individuales y sociales, y también ayuda a promover los objetivos de la Estrategia. La detección temprana permite a las personas iniciar el tratamiento en el mejor momento. Las personas que saben que tienen el VIH son mucho menos propensas a tener relaciones sexuales sin protección. Y los que están en tratamiento son menos infecciosos. El tratamiento también tiene un impacto en la reducción de “carga viral comunitaria” (la carga viral promedio de personas que viven en un área determinada).

Las campañas de mercadeo social en Washington, DC, y el Bronx están poniendo de relieve la importancia de hacerse la prueba. En Washington, el número de fondos públicos para las pruebas de VIH aumentó de 19,766 en 2004 a 72,866 en 2008, y hubo un aumento del 17% en el número de diagnósticos de VIH notificados desde 2004 hasta 2007. Entre 2004 y 2008, también hubo un aumento significativo en la duración del tiempo de la gente llevó a convertirse en SIDA y una mejora significativa en el tiempo entre el diagnóstico y el ingreso a cuidados.

Pero llegar a un número mucho mayor de personas que requieren una mayor “rutinización” de la prueba. Esto significa que la prueba del VIH debe ser automáticamente ofrecida en una variedad de ambientes médicos – consultorios médicos, clínicas, salas de emergencia, etc. La evidencia preliminar indica que los programas de pruebas de rutina pueden tener una efectividad de costo sólo cuando se centren en grupos con un alto riesgo de contraer VIH. Por ejemplo, un estudio a gran escala de las pruebas de rutina en seis centros de salud en el Sur ofrecieron pruebas de VIH a 16,291 adultos. Más de 11,300 se hicieron la prueba, pero sólo 17 dieron positivo. Eso no puede ser el mejor uso de los preciosos dólares del VIH.

Dadas las limitaciones presupuestarias actuales, la Estrategia debe ser consciente de los costos. Se necesita investigación para determinar cuándo y dónde las pruebas de rutina se deben de hacer. Uno de los primeros estudios en San Francisco encontró que un alto porcentaje de personas que recibieron un diagnóstico de VIH a finales de su enfermedad lo hicieron en las salas de emergencia. Esto revela una oportunidad perdida para el diagnóstico precoz. Temas de investigación importantes incluyen cómo desarrollar protocolos para la prueba rutinaria del VIH en diferentes

contextos, y el estudio de cómo la oferta de la prueba del VIH se ve afectada por lo que llevó al paciente condición de allí, las barreras del idioma, o incluso la hora del día.

Para lograr los objetivos de la Estrategia, es necesario investigar sobre cómo identificar a más personas antes de su infección. Movilización de la comunidad y las estrategias de divulgación podría ser prometedora manera de aumento de la frecuencia de las pruebas. Estos podrían incluir mensajes de texto y los incentivos (como las tarifas de autobús o refrigerios) para la detección regular, y convertir la prueba como algo normal dentro de las comunidades. Aunque mucho se sabe sobre la movilización comunitaria, se necesita más investigación sobre la preparación de la comunidad, la participación de líderes comunitarios, la vinculación con los objetivos de la comunidad, y estrategias de difusión, como los eventos donde se hagan pruebas.

Enfoques prometedores para el diagnóstico de las personas VIH positivas incluyen la mejora en el uso de tecnología de las pruebas, campañas de sensibilización para los proveedores y para las personas en situación de riesgo, y los protocolos de consejería para el uso cuando las personas dan positivo. Un estudio de la Universidad de California, San Francisco siguió un grupo de personas de alto riesgo sin hogar en su mayoría usuarios de drogas y se encontró que las pruebas más frecuentes (cada tres o seis meses) era más aceptable que las pruebas basadas en los síntomas. También encontró que es mejor empaquetar la pruebas de VIH en otros servicios, que el proceso sea rápido y cómodo, y ofrecer incentivos. Esto podría ayudar a avanzar en el segundo gol de la Estrategia de aumentar el acceso a la atención y la mejora de los resultados de salud de las personas con VIH

Conectando a Cuidados

La infección por VIH es una enfermedad de por vida, y la prueba es sólo el primer paso de una larga relación entre los pacientes y los proveedores. Se requiere de citas periódicas y el manejo de los regímenes de tratamiento de tratamientos. El "Compromiso con el tratamiento" se define como el paciente yendo a su profesional al menos una vez en un período de seis meses. Usando esta definición, un estudio encontró que los que estaban altamente comprometidos tenían un promedio de carga viral por debajo de 17.000, mientras que aquellos no comprometidos tenían un promedio mayor de 28.000.

Pautas previas recomendaban el tratamiento del VIH para las personas con conteos de CD4 por debajo de 350, pero ese número ha sido revisado a 500. Algunos proveedores y expertos en salud pública recomiendan el tratamiento para todas las personas con el VIH, independientemente del conteo de CD4, para mejorar los resultados de salud y la salud pública. Modelos matemáticos sugieren que el tratamiento más extendido podría resultar en muchas menos infecciones. Esto sería de gran ayuda para alcanzar las metas de la Estrategia.

Sin embargo, la conexión a la atención y la retención en la atención son procesos distintos. Compromiso en el cuidado es vital para el éxito del tratamiento del VIH, especialmente para los miembros de los grupos con una alta tasa de infección por VIH. Servicios adi-

cionales, tales como la salud mental y la atención de abuso de sustancias, juegan un papel crucial en el compromiso y la retención. La investigación ha demostrado que las visitas perdidas en el primer año de la atención se asocian con mayor mortalidad, pero no ha habido estudios clínicos controlados o incluso una definición coherente de la retención. ¿Se mide como una visita en tres meses o en seis meses? No hay datos tampoco que hagan una conexión con el contenido de la visita, lo que hace difícil evaluar las motivaciones por las cuales las personas no hacen seguimiento.

Existen pocos estudios sobre la conexión y retención en la atención. Un estudio patrocinado por el CDC, sin embargo, encontró que cinco sesiones de manejo de casos dio lugar a mayor conexión a la atención. A los seis meses, el 78% de los que recibieron la intervención mantuvo una cita el tratamiento del VIH, en comparación con el 60%

de los que no recibieron la intervención. A los 12 meses, el 64% de los que estaban en el grupo de intervención, mantuvieron una cita con su proveedor de VIH comparado al 49% de los que no lo eran. Investigación adicional en esta área es necesaria.

Otro obstáculo importante para la retención en la atención es adherencia a la medicación. La investigación muestra que los enfoques adherencia deben incluir instrumentos prácticos, como cajas de pastillas, alarmas, calendarios, etc. También hay que superar los obstáculos complejos, como el estigma, el acceso a la atención, las creencias culturales, los problemas económicos, y la depresión. Se necesita más investigación en todas estas áreas, así como sobre el impacto de los diversos enfoques, como el cognitivo, el apoyo de comportamiento y social, el manejo de contingencias, las visitas a domicilio y terapia de observación directa.

También hay una necesidad de salud mental y atención del abuso de sustancias para las personas con VIH. Evaluaciones cortas usando computadoras en las salas de espera podría combinarse con la evaluación de riesgos, y un uso más innovador

de la historia clínica electrónica también podría ofrecer beneficios. Esta es otra área donde se necesita más investigación.

Conclusión

Como el presidente Obama señaló en el discurso de apertura de la Estrategia Nacional al VIH/SIDA, "los investigadores han producido una gran cantidad de información sobre la enfermedad, incluyendo una serie de herramientas críticas y las intervenciones para diagnosticar, prevenir y tratar el VIH." Con evidencia sólida basada en la investigación rigurosa, la Estrategia Nacional del VIH / SIDA finalmente ofrece una oportunidad para salir adelante de la epidemia. Pero eso sólo será posible con más pruebas y una mayor investigación, para aprovechar los éxitos anteriores. ■

Stephen Morin es Director del Centro de Estudios de Prevención del SIDA en UCSF. Raymond Smith y Robert Remien son científicos de investigación en el Centro de VIH para Estudios Clínicos y de Comportamiento, Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y la Universidad de Columbia.



La Crisis de ADAP: A la Espera de Medicamentos

por Lanny Cross

El Programa de Asistencia para Medicamentos (ADAP) facilita el acceso a medicamentos que salvan vidas para las personas de bajos ingresos, aquellas personas con VIH sin seguro o con seguro insuficiente. ADAP se inició en 1987, cuando el Congreso aprobó fondos para ayudar a los estados a comprar el único fármaco aprobado el VIH en esa época, el AZT. Desde entonces se han convertido en el “pagador de último recurso” para miles de personas con VIH cuyos ingresos son demasiado altos para recibir Medicaid, pero que carecen de seguro médico privado. Con más de 210.000 inscritos el año pasado, ADAP cubre más de un tercio de todas las personas con VIH que reciben atención en los EE.UU.

Para proporcionar este acceso, ADAP debe balancear los recursos disponibles y la demanda de servicios. Esto se ha convertido cada vez más difícil en los últimos dos años, mientras miles de personas nuevas aplicaron debido a la recesión y las crecientes filas de desempleo. Al mismo tiempo, los fondos federales para ADAP se han estancado y los estados no han aumentado sus contribuciones. La crisis se ha desarrollado, lo que afecta el acceso a los medicamentos para el VIH a miles de personas en todo el país.

La Crisis Actual

El 9 de junio del 2011, habían 8,230 personas en lista de espera de ADAP en 13 estados. Dieciocho ADAP, 11 con las listas de espera,

han instituido medidas adicionales de contención de costos en el último año. Además, 13 ADAP más están considerando medidas nuevas o adicionales de contención de costos.

Esta no es la primera crisis de ADAP. Los programas se vieron desbordados por la demanda cuando la terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) se introdujo en 1996. La aparición de estos tratamientos y el consiguiente aumento de los costos no se habían previsto durante el pro-ceso de ese año en el presupuesto federal. Pero la defensa firme de la comunidad del VIH y una prueba irrefutable de la relación entre el costo y la efectividad de la terapia TARAA llevaron a una infusión de fondos federales y varios años de aumentos en el presupuesto general, que permitió a los programas ampliar la registración y los formularios (la lista de medicamentos que cubren). En el año 2000, sin embargo, el enfoque federal de ADAP se desvaneció y los aumentos posteriores fueron insuficientes. Una vez más, ADAP comenzó a luchar.

Esta vez fueron los estados que llegaron al rescate. En 2003, un grupo de Directores de SIDA y los Coordinadores de ADAP formaron el Grupo de Crisis de ADAP y negociaron con la industria farmacéutica la reducción de los precios de los medicamentos y descuentos mayores. Esto ha resultado en más de \$mil millones en ahorros para ADAP en los últimos siete años. Los Estados también aumentaron dramáticamente sus contribuciones a ADAP, casi el doble de \$171 millones en 2003 a \$328 millones en 2008. ADAP también se benefició del nuevo programa de medicamentos de Medicare Parte D en 2006, lo que les permitió redirigir a algunos clientes a ese programa federal. La combinación de costos de los medicamentos más bajos y una mayor financiación estatal permitió que la mayoría de ADAP sobrevivieran la lucha.

Pero hoy en día, una convergencia de factores ha dado lugar a una nueva crisis. Debido a la recesión que comenzó en 2007, miles de personas con VIH han perdido su empleo, y con ella su seguro de salud. Asimismo, el aumento dramático en los costos de atención de salud en los últimos años han provocado el incremento de las primas de seguro

El 9 de junio del 2011, habían 8,230 personas en lista de espera de ADAP en 13 estados. Dieciocho ADAP, 11 con listas de espera, han instituido adicionales medidas de contención de costos en el último año.

de salud, haciendo que algunos empleadores se deshacían del seguro de salud. Estos problemas nacionales han aumentado el número de personas que dependen de ADAP. Al mismo tiempo, el aumento de la financiación federal han sido insuficientes, y las contribuciones del Estado para ADAP se redujeron en el 2009 a medida que los propios estados lidiaban con sus propios problemas de presupuesto. Iniciativas de salud pública, tales como el esfuerzo nacional para ampliar las pruebas del VIH y la vinculación a la atención, y las nuevas pautas de tratamiento del VIH para iniciar TARAA antes, también han contribuido a empujar ADAP hasta el punto de inflexión.

Haciendo Recortes

Hay tres formas básicas de reducir los costos de ADAP: quién está cubierto (elegibilidad), lo que está cubierto (formulario), y cuánto se paga por los medicamentos. Después de años de vacas flacas, ADAP ha reducido y refinado sus programas de manera que sólo un mínimo de ahorro se puede encontrar mediante la reducción de costos administrativos, lo que significa que no hay respuestas fáciles. Opciones de contención de costos se consideran con la participación de los consu-midores y los proveedores de atención médica, sólo se han implementado después de un largo proceso que lucha contra objetivos contradictorios (acceso y ahorro), la ética de las distintas opciones, y el potencial de consecuencias imprevistas.



ADAP fue creado para personas de bajos ingresos, por lo que una respuesta frecuente a la falta de fondos es reducir los criterios de inclusión financiera. Hay dos problemas con este enfoque. En primer lugar, la gran mayoría de los clientes de ADAP ya tienen bajos ingresos - el 89% gana menos del 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL): \$32,670. Por lo tanto la reducción de elegibilidad del 400% al 300% tiene sólo un impacto limitado. En segundo lugar, los programas de asistencia al paciente (PAP) de las compañías farmacéuticas, que son la red de seguridad final después de ADAP, a menudo requieren un ingreso de 300% del FPL. Por lo tanto, la gente de “más alto” ingresos pueden quedarse sin ningún tipo de asistencia, ya que no podrán pagar cerca de \$2.000 por mes para el TARA. Las listas de espera para la inscripción, con los administradores de casos ayudando a las personas aplicar a PAP, se ha convertido en la opción más utilizada por ADAP.

La reducción de un formulario de ADAP tiene problemas similares. Los antirretrovirales son los de más alta prioridad de ADAP y consumen un promedio de 89% de sus presupuestos. El 11% restante es principalmente dedicado a los medicamentos esenciales para las infecciones oportunistas, dejando sólo una pequeña cantidad de medicamentos para tratar condiciones relacionadas al VIH

y los efectos secundarios del TARA. La reducción del formulario es en el mejor de los casos un ahorro mínimo y puede tener graves consecuencias para la calidad de vida de los clientes.

Las negociaciones entre el Grupo de Crisis de ADAP y los fabricantes de medicamentos han reducido el costo de los antirretrovirales para el ADAP a los precios más bajos para cualquier pagador de los precios de EE.UU. El pago de ADAP para estas drogas son actualmente inferiores a los obtenidos en Canadá y la Unión Europea a través de sus sistemas universales de salud y las regulaciones gubernamentales sobre los precios. Esfuerzos adicionales para reducir los costos podría centrarse en el sistema de distribución de drogas, sino que puede conducir a soluciones de compromiso entre modestos ahorros y la limitación de las formas que los clientes reciben sus medicamentos con graves consecuencias para la adherencia y la resistencia a los medicamentos.

Hacia adelante

Hay algunos signos alentadores para el futuro. La Ley de Asistencia Asequible, promulgada en marzo de 2010, tiene como objetivo proporcionar cuidados de salud a todos los estadounidenses. Se requiere de varios pasos hacia la reforma nacional de salud durante los próximos cuatro años. Se incluyen disposiciones que reducen aún más los costos de medicamentos para el ADAP, así como lo que les permite aprovechar el beneficio de la Parte D de Medicare. El suministro de precios de medicamentos de la Ley se establece un trampolín para una serie de nuevas negociaciones del Grupo de Crisis de ADAP con las empresas farmacéuticas, lo que resultó en la reducción de los precios. A partir de 2011, los pagos de ADAP para co-pagos y deducibles para los clientes que están cubiertos por Medicare Parte D tendrán en cuenta para compartir los costos-los requisitos del cliente. Esto les permitirá llegar al nivel de “cobertura catastrófica” Parte D más rápido y reducir los costos tanto para el individuo y ADAP. Anteriormente, la Parte D los clientes tenían que pagar más de \$4,500 al año de su propio dinero para llegar a este nivel. Fue inalcanzable para la mayoría de la gente, por lo que era necesario para ADAP para cubrir la mayor parte de los costos de medicamentos para el VIH.

Fondos de seguros de alto riesgo se han abierto, y ADAP intentará mover clientes en ellos -- pero lo más probable es que se llene demasiado rápido. A partir del 2014, el intercambio de seguros de salud se iniciará (vea la historia de la cubierta). La mayoría de ADAP ya ayudan a ciertos clientes pagar sus primas de seguro, por lo que será capaz de mover clientes adicionales hacia seguros de salud privados para ayudar con los costos. En 2014, la ley amplía la elegibilidad para Medicaid - decenas de miles de clientes de ADAP se les trasladará a Medicaid.

Todas estas reformas son un buen augurio para las perspectivas a largo plazo de ADAP. En última instancia, una recuperación de la economía va a proporcionar unos ingresos fiscales, pero los ingresos del gobierno del estado tienden a quedarse atrás y que pueden pasar varios años antes de que los Estados están en condiciones de dirigir voluntariamente más dinero a la ADAP.

Luchando por Financiamiento

Los activistas de VIH constantemente monitorean la salud de ADAP y se movilizan cuando el acceso se ve amenazada, tanto a nivel estatal y nacional. El activismo puede tomar muchas formas y tienen objetivos variados, que van desde una solución nacional a la crisis de ADAP a las medidas provisionales de intermediación.

La Coalición ADAP reúne a las organizaciones nacionales de sensibilización sobre el VIH y los fabricantes de drogas para lograr

continúa en la página siguiente

trabajando juntos una mayor financiación federal de ADAP. Estos esfuerzos tuvieron un éxito significativo de 1996 al 2002, pero desde entonces los defensores no han podido convencer al Congreso o el Presidente para proporcionar aumentos que satisfagan la creciente demanda. Este trabajo ha mantenido ADAP en el centro de atención, e incluso algún aumento de la financiación, aun cuando otros programas de salud se mantuvieron en el mismo nivel de financiación. En el verano de 2010, la lista de espera de ADAP creció, el presidente Obama redirigió \$25 millones para las ADAP en crisis. Esto llevó a cientos de clientes que estaban en listas de espera a lograr recibir tratamientos, pero la cantidad era insuficiente y las listas de espera han crecido rápidamente.



El Fair Pricing Coalition (FPC) es un grupo de activistas comunitarios que defienden un precio justo y sostenible del tratamiento del VIH y la hepatitis en los EE.UU. El FPC también trabaja con las compañías farmacéuticas para asegurar la disponibilidad de co-pago y programas de asistencia al paciente están en su lugar. En enero, los acuerdos de FPC negociado que permita a aproximadamente 6.500 residentes de la Florida que con-continuar recibiendo sus medicamentos para el VIH durante la crisis presupuestaria del estado. ADAP Florida se espera que agotar todos los fondos disponibles y cerró a principios de febrero una solución de emergencia si no se ha encontrado. El acuerdo entre Welvista (una farmacia sin fines de lucro), las compañías farmacéuticas, y ADAP Florida proporcionan medicamentos sin interrupciones a 6.500 personas, que cambiaron a Welvista el 1 de Abril de 2011, cuando los nuevos fondos federales ADAP llegaron a estar disponibles. La transferencia permitió que ADAP Florida pueda proveer medicamentos para el resto de sus 3,500 clientes por el resto del año fiscal.

Un esfuerzo de defensa fuerte y bien organizada de activismo se inició en California en octubre de 2009, que fue capaz de volver atrás una propuesta de una reducción devastadora de la financiación estatal de ADAP. A pesar de la inmensa crisis fiscal de California, \$56 millones en fondos estatales nuevos fueron

apropiados para el ADAP. En Carolina del Norte, un esfuerzo de base similares re-sultó en un aumento de \$15 millones. En Nueva Jersey, la defensa invierte el plan del gobernador para quitar 500 clientes de ADAP. Por otro lado, Carolina del Sur redujo la financiación de ADAP por un 60% en 2010, y en el 2009 en Minnesota la contribución de \$4.5 millones fue eliminada en 2010. A pesar de los déficit presupuestarios estimados a más de \$142 millones, los gobiernos esta-ales en general, respondieron con generosidad a la crisis de ADAP, aumentando del nivel estatal nacional de contribución a US \$346 millones, un aumento de 57% entre 2009 al 2010. Como lo demuestra el retroceso en Minnesota y Carolina del Sur, sin embargo, los esfuerzos de los activistas nunca debe permitir vivir de sus logros del pasado.

La Política de ADAP

La recesión y las elecciones de 2010 lograron que el tono del discurso político se hiciera muy desagradable. Expertos de radio y televisión arremetieron contra el gasto público e impuestos, vilipendiando los programas de gobierno que sirven a los mas necesitados. Muchos de los que escaparon de los peores impactos de la recesión todavía están sufriendo de ansiedad financiera y se han convertido en seguidores de una ideología política que pone el propio interés por delante del interés general y las necesidades de los menos afortunados. El racismo, la intolerancia, y la homofobia se usan cada vez más con fines políticos y se reflejan en las convocatorias de los recortes presupuestarios devastadores para la salud y servicios humanos de bajos ingresos y las poblaciones minoritarias.

Este ambiente político puede parecer abrumadora, pero la comunidad del VIH deben continuar abogando por la atención y servicios esenciales. Los defensores deben ser más eficaces en sus tácticas y permanecer unidos contra el recorte de programas de salud pública como ADAP. La comunidad del VIH pueden ayudar

en los esfuerzos para mantener abierta ADAP por involucrarse con servicios locales de SIDA y organizaciones de defensa. Estas organizaciones deben mantener a las comunidades locales informado sobre el estado de su ADAP y encontrar maneras de trabajar con otros para aumentar los recursos de ADAP. Campañas de cartas y visitas a los funcionarios electos pueden lograr una diferencia real en los niveles de financiación, y los esfuerzos coordinados tienen el mayor impacto.

A nivel individual, si alguien necesita acceso a medicamentos para el VIH, él o ella deben aplicar a ADAP, incluso si hay una lista de espera. Aunque la idea de estar en una lista puede ser desalentador, esto documenta la necesidad de financiación adicional y posiciona a la persona para la inscripción final. El proceso de solicitud debe llevar una referencia de una organización de servicios de SIDA y un manejador de casos para ayudar con la aplicación de los PAP a los medicamentos. Estos programas pueden proporcionar apoyo y acceso a otros servicios, así como oportunidades de participar en esfuerzos de activismo. ■

Lanny Cross se desempeñó como Director del Programa ADAP del Estado de Nueva York durante 15 años y es consultor en temas de ADAP a las organizaciones estatales y nacionales.



Nueva Esperanza para una Cura

por Mark Milano y
Donna M. Kaminski, DO, MPH

Desde los primeros días de la epidemia, las personas han esperado una cura y una vacuna. En 1984, cuando el descubrimiento del VIH fue confirmado, la entonces Secretaria de Salud y Servicios Humanos Margaret Heckler famosamente anunció que la vacuna estaría lista para la prueba en dos años. Más de 27 años después, todavía la estamos esperando. Del mismo modo, David Ho estimo en 1996, que un tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) podría erradicar el VIH del cuerpo de una persona después de dos años - una cura. Como muchos sospechaban, que eran algo optimistas - el tiempo real necesario para que TARAA pueda librar el cuerpo de todo el VIH se ha sido estimado en... ¡78 años!

Erradicación

¿La razón? Bueno, ahora sabemos que el VIH “pone semillas” en ciertas reservas del cuerpo muy pronto después de la infección: los intestinos, el cerebro, el tracto genital, y una parte importante del sistema inmune conocido como “células CD4 de memoria en descanso.” Estas células han sido objeto concreto de la investigación hacia una cura. A diferencia de la mayoría de las células CD4, que viven sólo una semana, las células CD4 de memoria viven durante décadas. Hacen esto cerrándose - entrando en hibernación - reactivándose sólo cuando la infección para la que fueron creadas ocurre. El VIH infecta a alrededor de una en un millón de células CD4 de memoria, y los intentos de purga de VIH hasta el momento han resultado inútiles. Pero los esfuerzos continúan. Más de 20 inhibidores HDAC (medicamentos

contra el cáncer que puede ser capaces de activar el virus latente en las células) se están estudiando. IL-7, un factor de crecimiento en el cuerpo, puede activar las células y está avanzando dentro de los estudios clínicos. Se ha hablado incluso de la destrucción de todas estas células, pero eso sería acabar con toda la “memoria inmunológica”, que una persona ha pasado toda su vida construyendo. Además no resolvería el problema, ya que hay otros lugares en el cuerpo donde el VIH se puede ocultarse, y otras células (células dendríticas, monocitos, macrófagos, etc.) que actúan como reservorios.

Cuatro años después del tratamiento, los investigadores no pueden encontrar ningún rastro del VIH en el cuerpo de Tim. Así que parece que al menos una persona se ha curado del VIH.

La buena noticia es que la replicación de bajo nivel en los reservorios generalmente no crean virus resistentes si la carga viral de una persona sigue siendo indetectable. La mala noticia es que el VIH está todavía allí y una vez que el TARAA es detenido, la carga viral se recupera rápidamente.

La Primera Cura

Así que la posibilidad de encontrar un tratamiento que podría eliminar todas las partículas de VIH del cuerpo sigue siendo escasa. Las esperanzas de una cura recibió un impulso en 2008, sin embargo, cuando los investigadores informaron sobre Timothy Brown, el “paciente de Berlín.” Había fallado el tratamiento de leucemia, así que se intentó riesgoso de un trasplante de médula ósea. Pero en vez de buscar únicamente un donante de médula ósea, de científicos buscaron un donante que también tuviera la mutación “delta 32”. Fue descubierto en la década de 1990 que algunas personas tienen una mutación natural que elimina un receptor utilizado por el VIH para entrar en las células: el receptor R5. El estudio de estos individuos extraordinarios, llevó al desarrollo de Selzentry, que bloquea el R5. Pero el caso de Tim era diferente - un intento de reemplazar sus células CD4 con los que carecían por completo de los receptores R5.

Afortunadamente, parece haber funcionado. Cuatro años después del tratamiento, los investigadores no pueden encontrar ningún rastro del VIH en el cuerpo de Tim, incluso utilizando las pruebas más sensibles. Así que parece que al menos una persona se ha curado del VIH. Desafortunadamente, el tratamiento utilizado no sólo peligroso pero también es caro - alrededor de US \$250,000.

¿Podría haber otras formas de lograr una cura? Eso depende de cómo se defina “cura”. En sus actualizaciones periódicas sobre la posibilidad de una cura, el doctor Anthony Fauci, director del NIAID, se refiere a la búsqueda de una “cura esterilizante” y una “cura funcional”. La primera se refiere a remover todo el VIH del cuerpo - algo que Fauci cree que es poco probable

continúa en la página siguiente

Esperanza para una Cura cont. de la página anterior

en un futuro próximo, sin un avance científico importante. Pero el último es algo que podemos vivir para ver. Un tratamiento para una cura funcional podría “reprogramar” el sistema inmunológico para controlar el VIH sin medicamentos. Sabemos que hay gente que puede hacer esto (los no-progresores a largo plazo) y que se están estudiados por Bruce Walker en el Estudio Internacional de Controladores de VIH (hivcontrollers.org).

e Infecciones Oportunistas (CROI) en Boston presentó tratamientos que pueden ser capaces de hacer precisamente eso. Ambos utilizan la terapia de genes, un proceso en el cual se extrae una porción de la sangre de una persona y las células CD4 se separan y se modifican por el tratamiento con una nucleasa de “dedo de zinc” que bloquea los receptores R5 o X4. Con un cambiado conjunto de genes, las células CD4 se vuelven a infundir en 20-30 minutos. Dos investigadores reportaron el uso de esta tecnología, el primero es Jay Lalezari

darios graves. Algunos efectos secundarios menos graves incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, sudores, mareos, fatiga, y un olor corporal a “ajo” de duración corta. Todos estos son de fácil manejo. Un hombre no respondió, lo que los investigadores piensan que puede que se deba a un menor conteo de CD4 antes de recibir la infusión.

Cuando los investigadores examinaron de cerca el efecto de la infusión, encontraron que el 25% de las células reinyectadas no tenían receptor CCR5, y después de tres meses, hasta el 6% continuo sin receptores. También parece que las células modificadas alcanzaron muchas partes diferentes del cuerpo, incluyendo los intestinos. Esto sugiere que una sola infusión puede conducir a una modificación de células CD4 por lo menos un año o más.

El estudio se está continuando y se verá el efecto de la terapia de genes en varios grupos de personas. Jay Lalezari en la UCLA estudiara la respuesta de tratamiento de genes en hasta 21 personas con menos de 500 células CD4 que nunca han estado en tratamiento con TARAA. Los estudios también se ampliarán para incluir un total de 18 participantes en Filadelfia y Nueva York en los próximos meses. Estos estudios verán la forma en que la terapia funciona en tres grupos:

- Las personas que no han respondido al TARAA (carga viral de más de 2,000 y el conteo de CD4 por encima de 200)
- Las personas que han respondido a TARAA y tienen una carga viral indetectable
- Las personas que han respondido a TARAA pero tienen un conteo de CD4 por debajo de 500

Otros enfoques

Los investigadores están estudiando varios enfoques para curar el VIH. Una amplia gama de fármacos todavía se está investigando con la esperanza de que podría purgar el VIH latente de las células CD4 de memoria y otros reservorios. Se está estudiando aumentar la capacidad del sistema inmune para destruir el VIH tal como la “regulación epigenética” - las señales genéticas que permiten que el VIH permanezca escondido. Si estos se entienden, puede ser una manera de forzar al VIH hacia afuera para que los medicamentos pueden atacarlo.

Aunque la mayoría de las cepas del VIH utilizan el receptor R5 para entrar en una célula CD4, algunos utilizan el receptor X4. Una terapia ideal sería bloquear o eliminar genes, tanto para los receptores R5 y X4, y un grupo está estudiando una



De hecho, es muy común que el sistema inmunológico se centre en una cura funcional cuando una cura sistémica no es posible. Por ejemplo, el virus varicela-zoster, que causa la varicela, no se elimina del cuerpo. Permanece en el líquido cefalorraquídeo por vida, pero un sistema inmunológico sano lo puede controlar. Este es el caso de muchos patógenos. De hecho, si todos los microbios en el organismo se cuentan, el 90% de ellos no son humanos. Una increíble cantidad de bacterias, virus y otros patógenos establecen su residencia permanente en el cuerpo humano tan pronto como alguien ha nacido. Acabamos viviendo con ellos. ¿Podría haber una manera de hacer lo mismo para el VIH?

Esfuerzos Recientes

Recientemente, dos estudios presentados en la 18va Conferencia sobre Retrovirus

de Investigación Clínica de Quest en San Francisco, y el segundo Wilen Craig de la Universidad de Pensilvania.

En el estudio Lalezari, seis hombres que tenían conteos de CD4 entre 200 y 500 (a pesar de haber estado en TARAA durante al menos dos años con una carga viral indetectable) recibieron la terapia de genes SB-728T. Después de haber tenido su sangre extraída y tratada con la droga, cinco de los seis hombres respondieron bien a las células CD4 modificadas. Su conteo aumentó en promedio de 200 CD4 a tan sólo dos semanas después de recibir la infusión, y se sostuvo por un año sin ningún tipo de infusiones más. La buena noticia es que, para algunos, el conteo de CD4 aumentó hasta a 1000 y un año más tarde el aumento fue aun de 900. Todos los hombres toleraron bien la infusión, sin ningún tipo de efectos secun-

terapia de genes que se dirige al receptor X4. Craig Wilen, un estudiante de postgrado de biomédicas en la Universidad de Pensilvania, informó sobre los esfuerzos para diseñar una terapia que destruye al receptor X4. Usando el mismo enfoque de la nucleasa de dedo de zinc, el equipo interrumpe los receptores X4 en las células CD4 humanas, y luego las inyectaron en ratones que fueron expuestos al VIH. La terapia genética parece proteger a los ratones de la infección por VIH. Estos estudios se encuentran aún en sus etapas más tempranas y tienen un largo camino por recorrer antes de saber si estos tratamientos son seguros y bien tolerados.

Otro nuevo enfoque que se está llevando a cabo en una droga llamada KP-1461, que funciona mediante el aumento de la tasa de mutación del VIH. El VIH tiene una alta tasa de mutación, lo que le permite ser resistente a muchos de los medicamentos que lo combaten. Pero esto también puede

“Ya sea que la cura venga a partir de este enfoque o una combinación de enfoques, yo creo que es posible que en nuestra vida veamos la cura al VIH.”

ser su debilidad. KP-1641 ha sido demostrado que causa “aceleración de la decaencia viral” en el laboratorio. En presencia de la droga, el VIH acumula las mutaciones y, finalmente, el virus muta hasta que ya no es viable. Si bien los resultados tubo de ensayo son prometedores, se necesitan ensayos clínicos para probar su eficacia en las personas, y están en marcha.

¿Cuándo?

Esa es la pregunta de los \$64.000. La mayoría de los investigadores han dejado de intentar predecir cuando una cura podría estar disponible, sobre todo después de aprender de las muchas predicciones erróneas con respecto a una vacuna. Hace años, la línea estándar fue: “Vamos a

tener una vacuna en diez años.” Después de numerosos plazos incumplidos, no se hace este tipo de predicciones más. Pero Jay Lalezari recientemente le dijo al Bay Area Reporter, “ya sea que la cura venga a partir de este enfoque o una combinación de enfoques, yo creo que es posible que en nuestra vida veamos la cura al VIH.”

Financiando la Cura

La pregunta que rodea una cura funcional quizá no sea “si es que”, pero la gran pregunta es “¿cuándo?”: ¿Con qué rapidez se harán las investigaciones necesarias? En 2009, NIAID gastó \$40 millones en investigar la cura el SIDA. Sin embargo, su presupuesto total para el SIDA fue de \$1.5 mil millones, lo que significa que menos del 3% se gastó en investigación para la cura. En todo el mundo, menos de la 1/3 de las personas con un conteo de CD4 por debajo de 500 están recibiendo TARAA. Sin una cura funcional, millones dependerán de los líderes mundiales y organizaciones benéficas internacionales para pagar por los medicamentos que necesitan para mantenerse con vida. Mientras tanto, incluso los que tienen acceso a un tratamiento excelente aún sufren de enfermedades de envejecimiento prematuro o ataques cardíacos y problemas renales como consecuencia de un virus persistente que causa inflamación a largo plazo.

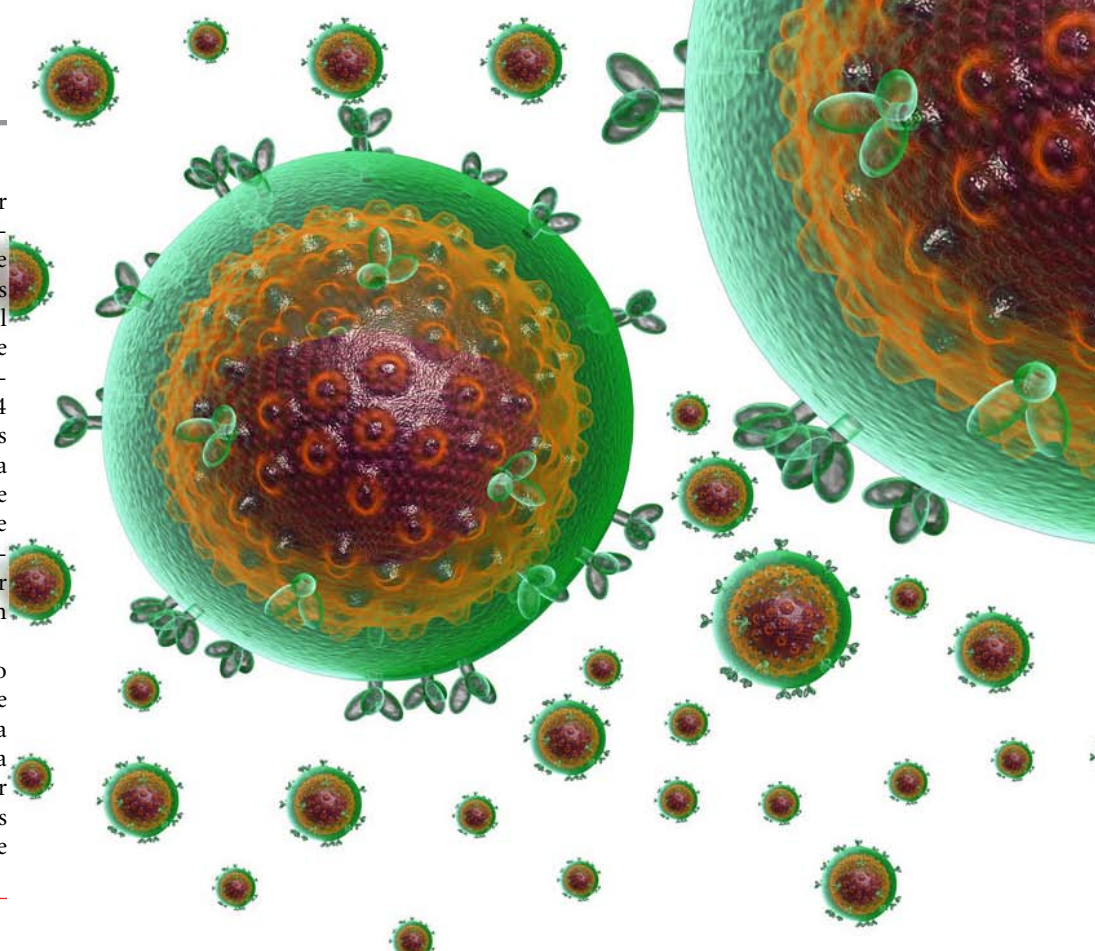
Sólo han habido 12 ensayos clínicos en la División de SIDA de la NIH que se centraron en una cura desde 2005. De éstas, tres se están inscribiendo, tres se encuentran en desarrollo, y tres están “pendientes”. Esto significa que hay poca traducción de la ciencias básicas en la producción de curas que podrían ser utilizados por las personas. Hasta el momento, se han realizado estudios de terapia de genes, la intensificación de TARAA, vacunas terapéuticas, y los esfuerzos para purgar el VIH embalses, pero el trabajo se necesita mucho más.

La acción comunitaria es necesaria para presionar al Congreso y los NIH para que la cura para el SIDA se haga una prioridad en la financiación. El Proyecto de Política sobre el SIDA (aidspoli-cyproject.org) está pidiendo un aumento en la financiación de \$240 millones. También están ayudando a los investigadores a pasar a través de la cortina roja, animándoles a trabajar juntos y compartir la información y la promoción de nuevos tratamientos para ser probados en personas tan pronto como sea seguro hacerlo.

Encontrar una cura no será fácil, pero con un esfuerzo real podría hacerse una realidad antes de lo que pensamos. ■

Mark Milano es un Educador de Salud VIH y el Editor de Achieve.

Donna Kaminski es Médico Residente en el Centro Medico Somerset.



El Rostro Cambiante de la Prueba del VIH

por Nelson Villegas

Como un proveedor de servicios para el SIDA, me dijeron siempre que la necesidad del consentimiento informado por escrito para la prueba del VIH no se podía insistir. Pero también experimenté de primera mano la dificultad de conseguir que los clientes hablen sobre sus conductas de riesgos personales. Y una vez que ese reto fue superado - una vez que se sentían lo suficiente-mente cómodos para discutir la reducción de riesgos y la necesidad de la prueba del VIH - Entonces tuve que volver a establecer una relación

Los proveedores de servicios médicos también se han mostrado renuentes a proporcionar información adecuada y la prueba del VIH. El estigma del VIH contra el que luchamos todos los días (incluso arraigada en proveedores de servicios médicos) dificulta la detección temprana.

suficiente para obtener el consentimiento por escrito antes de que pudiera seguir adelante con la prueba del VIH. ¿Suenan complicado? Lo era.

Sin embargo, debido a la recientemente enmendada Ley de la Prueba del VIH de Salud Pública de Nueva York, más personas tendrán acceso a la prueba del VIH sin tener que dar su consentimiento por escrito. La nueva ley establece que

el consentimiento puede ser administrada por vía oral, siempre y cuando la persona comprende la prueba del VIH, las vías de transmisión, y el significado de los resultados de la prueba.

La enmienda también obliga a los proveedores de salud para ofrecer la prueba del VIH a todos sus pacientes entre las edades de 13 y 64, y para los más jóvenes si los riesgos están presentes. Esto sólo nos puede ayudar a combatir el SIDA, ya que es un gran "pequeño paso" que ayudará a normalizar y de-estigmatizar el VIH. Muchos proveedores de servicios médicos se han mostrado renuentes a proporcionar información adecuada y la prueba del VIH en nuestras comunidades. El estigma del VIH que luchamos todos los días (incluso arraigada en proveedores de servicios médicos) no sólo impide que la información llegue por las figuras de autoridad como los médicos a quienes lo necesitan, pero también dificulta la detección temprana - uno de los componentes más importantes de derrotar el VIH.

Recuerdo haber conocido a un joven que a la edad de doce años había participado en más conductas de riesgo al VIH que la mayoría de los adultos que he conocido. Él compartió que él había tratado de hacerse una prueba de VIH después de asistir a un taller de "VIH 101" que se presentó en su escuela. Fue a ver a su pediatra, quien lo chequeo para "todo". Cuando regresó a obtener sus resultados, descubrió que "todas las cosas" no incluían una prueba del VIH. Él recibió un examen físico con análisis de sangre, pero hasta la fecha no está seguro exactamente lo que incluye. Él perdió la fe en su médico y decidió investigar algunas organizaciones comunitarias cercanas, quien también se negaron a hacerle la prueba del VIH debido a su edad. Entonces se dio cuenta de que tenía mi información de contacto y se acercó a mí para la ayuda. Desde que era un Especialista en Educación para la Salud del Adolescente con el departamento de jóvenes de mi organización, me asegure de que se educara, aconsejara sobre la prueba, dados sus resultados, y conectarlo con los cuidados necesarios. Espero que con la ley recientemente modificada, la prueba del VIH vaya a ser mucho más accesible a los jóvenes como él, que más lo necesitan.

Recuerdo también haber aconsejando a una joven que nunca creyó que estaba en riesgo de VIH hasta que se le diagnosticó. Ella compartió sus pensamientos sobre su relación con su doctor, diciendo que si él había discutido la prueba del VIH en cualquiera de sus muchas visitas, tal vez se habría dado cuenta de su gravedad y tomar más medidas para protegerse. Por lo menos, podría haberse enterado de su estatus de VIH en una etapa mucho más temprana de la enfermedad. Una vez más,

esto demuestra la necesidad de una mayor integración de la conciencia y las pruebas del VIH en nuestra vida cotidiana. El mensaje debe empezar en casa y fluir a través de todos los medios de comunicación, que tiene una gran influencia en nuestra sociedad. ¡Y necesitamos información adecuada, por supuesto!

Espero que con la recientemente enmendada Ley de Pruebas del VIH del Estado de Nueva York, la prueba del VIH sea más accesibles para los jóvenes, que la necesitan mas.

He conocido a muchas personas que sienten que la ley de prueba enmendada tendrá poco o ningún efecto sobre sus vidas, o el proceso que siguen para la prueba del VIH y otras ITS.

Me hablan acerca de su falta de acceso a proveedores de servicios médicos debido a la pobreza, la falta de seguro, y el estado de inmigración. Me dicen que lo único que queda son las organizaciones comunitarias, que les pueden proporcionar los servicios gratuitos y confidenciales.

Otros clientes me han dicho durante las sesiones que tienen seguro de salud y los proveedores de salud, pero aún así decide ir a organización comunitaria para los servicios, incluyendo las pruebas de VIH e ITS de rutina, la educación, el sexo seguro, los materiales de reducción de daños, y los servicios de apoyo. Sus razones van desde el medio ambiente libre de prejuicios, que estas organizaciones ofrecen a la disponibilidad de múltiples servicios disponibles en un solo lugar – algo que llamamos “hacer todas sus compras en una ventanilla única”. Se trata de establecer un modelo completo e integral de la atención que involucra a miembros de la comunidad acerca de la salud y el bienestar.

Supongo que no hay atajos a la educación y la conciencia, sin embargo, pero eso es para otro artículo y otro día. Tal vez va a ser cuando nosotros, como sociedad estemos listos



para integrar realmente la educación del VIH en todos los aspectos de nuestras vidas: la información real de acceder a través de la educación escolar, los ajustes basados en la fe e incluso nuestras conversaciones diarias con nuestros contemporáneos.

Como sociedad, tenemos que integrar realmente la educación del VIH en todos los aspectos de nuestras vidas, incluyendo la información completa en los programas escolares, en los centros de fe, e incluso en nuestros contemporáneos. No estoy diciendo que nuestros líderes no se preocupan por el VIH, ya que a lo largo de mis años como educador de VIH he conocido a muchos profesores, organizadores y líderes religiosos que toman un papel directo en la difusión de sensibilización sobre el VIH. Pero al final del día, siempre podemos aprender y mejorar nuestros esfuerzos para derrotar el VIH. Siempre podemos hacer más. ■

Nelson Villegas es Coordinador del Programa de Servicios de Asesoramiento, Pruebas y Remisión en Harlem United.

LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE EL SIDA

Una Oportunidad para el Activismo

por John Hellman

En julio de 2010, la Oficina de la Política Nacional sobre el SIDA de la Casa Blanca, lanzó la primera Estrategia Nacional de VIH/SIDA, para hacer frente a la epidemia en los EE.UU., que presenta un programa para la reducción de nuevas infecciones, el aumento del acceso a la atención y la reducción del VIH relacionadas con las disparidades de salud. El objetivo de esta estrategia se expresa en su visión:

Los Estados Unidos se convertirá en un lugar donde las nuevas infecciones por el VIH sean po-co frecuentes y cuando ocurran cada persona, independientemente de su edad, género, raza/origen étnico, orientación sexual, identidad de género o circunstancias socio-económicas, tendrán acceso sin restricciones a servicios de alta calidad, que prolonguen la vida, libre de estigma y discriminación.

Esta declaración menciona los diferentes factores que muchos activistas del SIDA han estado hablando desde el comienzo de la epidemia. A pesar de esta primera estrategia nacional de SI-DA, que se anunció 30 años después, sí representa un gran avance.

Para los activistas, es importante entender cómo la estrategia comprende “el problema”. En 1982, el CDC señaló que los homosexuales, hemofílicos, heroinómanos, haitianos y la mayoría estaban en riesgo de VIH. Casi 30 años después, grupos similares de personas - los afroamericanos, los latinos, y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) - siguen estando en el centro de la epidemia. También se hizo hincapié en la estrategia las personas que luchan con la adicción, los usuarios de dro-

gas inyectables de todo tipo, y las personas que se encuentran en ciertos “puntos calientes” como el noreste, el sur, Puerto Rico y las Islas Vírgenes. La Estrategia señala que “al concentrar nuestros esfuerzos en las comunidades donde el VIH se concentra, podemos tener el mayor impacto en la reducción de riesgo de todas las comunidades colectivamente de adquirir el VIH. “

La Estrategia reconoce que se han producido importantes avances médicos en el tratamiento del VIH que permiten a las personas con VIH vivan más tiempo. Entonces, ¿qué impide que todos los grupos afectados los obtengan?

Después de 30 años, ¿por qué es que muchos de los mismos grupos siguen dominando las nuevas infecciones por el VIH? La estrategia reconoce que ha habido varios avances significativos en el tratamiento médico y la atención del VIH que permiten a las personas con VIH vivan

una vida mucho más larga. Entonces, ¿qué obstáculos impiden a todos los grupos afectados lo consigan?

Grupos de Alto Riesgo

En primer lugar, la estrategia propone un plan para reducir las nuevas infecciones por el VIH, especialmente entre “los hombres gay y bisexuales de todas las razas, los hombres y mujeres de raza negra, los latinos y latinas, las personas que luchan con la adicción, incluidos los usuarios de drogas inyectables.” Junto con esto, la estrategia declara que “no toda persona o grupo tiene las mismas posibilidades de infectarse con el VIH.” De hecho, los hombres homosexuales y bi-sexuales de todas las razas son el único grupo donde las infecciones por VIH están aumentando.

La Estrategia señala que los hombres homosexuales y bisexuales constituyen la mayor parte de la epidemia en la década de 1980 y en los EE.UU., que todavía lo hacen.

Es claro que los hombres afro-americanos en general y los gays y bisexuales (sin distinción de raza o etnia) siguen soportando la peor parte de las infecciones por VIH en los Estados Unidos. Las personas de raza negra conforman la mayor proporción de casos de VIH / SIDA a través de muchas categorías de transmisión, incluyendo entre las mujeres, los hombres heterosexuales, los usuarios de drogas inyectables, y los infantes ... los Estados Unidos no puede reducir el número de infecciones por VIH a nivel nacional sin una mejor lucha contra el VIH entre hombres homosexuales y bisexuales.

En segundo lugar, la estrategia apunta a aumentar el acceso a la atención y mejorar la salud de las personas con VIH. Aunque ha habido importantes avances médicos en el tratamiento del VIH, existen muchos obstáculos para la atención de permanecer en ellos. Las personas con VIH también deben lidiar con otras condiciones, tales como enfermedad cardíaca, problemas de salud mental y abuso de sustancias. Los factores sociales como la pobreza, el desempleo, la violencia doméstica, la falta de vivienda, el hambre y la falta de acceso al transporte también se enumeran las barreras. Finalmente, la raza, el género y la geografía son factores importantes que influyen en el resultado del tratamiento. Las notas en la estrategia son:

Los afroamericanos y Latinos VIH positivos tienen más probabilidades de morir más pronto después de ser diagnosticados con SIDA en comparación con blancos



VIH positivos; las mujeres VIH positivas tienen menos probabilidad de acceder al tratamiento en comparación con los hombres VIH positivos, y el acceso a la atención y servicios de apoyo es muy difícil para las personas VIH positivas en las zonas rurales, así como otras comunidades sin servicios adecuados.

En tercer lugar, la Estrategia propone la necesidad de una reducción de las desigualdades en salud por el VIH. Por ejemplo, los diagnósticos de VIH entre los hombres de raza negra es la más alta de cualquier grupo, una cifra siete veces superior al de los hombres de raza blanca. Diagnósticos entre los Latinos es tres veces mayor que entre los hombres de raza blanca. La Estrate-

gia señala que aunque las muertes en general han disminuido debido a los nuevos tratamientos, no todos los grupos se han beneficiado por igual:

Las disparidades raciales en las muertes relacionadas con el VIH también existen entre los hombres gay, donde los hombres gays de raza negra y Latinos son más propensos a morir de SIDA en comparación con los hombres blancos, y entre las mujeres, las mujeres Latinas y las de raza negra tienen mayor riesgo de muerte en comparación con las mujeres blancas. Los hombres homosexuales y bisexuales constituyen la mayoría de las personas con VIH que han muerto en los Estados Unidos.

A fin de apoyar esta sombría realidad, la discriminación y el estigma que se citan como cofactores. La estrategia reconoce que ciertas personas, sobre todo los afroamericanos, los Latinos, y los HSH, enfrentan una realidad mucho más difícil que otros. La discriminación en la vivienda, empleo, salud y otros servicios sociales representan un obstáculo para la reducción de las disparidades de salud. Con este fin, la Estrategia osadamente afirma que:

Trabajando para acabar con el estigma y la discriminación que sufren las personas que viven con el VIH es un componente fundamental de frenar la epidemia. El éxito de la política de salud pública depende de la cooperación de las poblaciones afectadas.

Para clarificar a qué tipo de discriminación se refiere la Estrategia, la sección de implementación se refiere específicamente a “la discriminación asociada al VIH.”

El Significado de la Estrategia para los Defensores

Está claro que el impacto desproporcionado del VIH en los Afroamericanos, los Latinos, y los HSH es una prioridad para la Estrategia. Las estadísticas son impresionantes y el reconocimiento es bienvenido. Sin embargo, la expectativa de que la estrategia pondrá fin a la epidemia o proporcionar cambios significativos en la respuesta de EE.UU. al VIH es un error. Después de todo, la estrategia no proporciona ningún financiamiento adicional, sólo una guía para el uso de los fondos ya existentes - los fondos que se ven amenazados por los recientes recortes presupuestarios, se mueven en todos los niveles de gobierno.

Es tentador alabar cualquier situación en que el gobierno menciona los cofactores, ya que han sido ignorados en el pasado. Pero para comprender el impacto de la Estrategia, debemos entender el panorama político en general. En 2010, la Comisión Latina sobre el SIDA publicó un informe titulado El Estado de Nueva York responde a la Crisis del VIH/ SIDA en la Comunidad Latina y Planes de Acción. Se enfocó en la cuestión del VIH y los Latinos en Nueva York reconociendo los problemas que afectan la transmisión, las pruebas y el tratamiento en la comunidad Latina.

Por ejemplo, el miedo a la deportación a menudo impide que los inmigrantes

continúa en la página siguiente

indocumentados busquen servicios. Una de las fuentes de este problema proviene de las “Comunidades Seguras”, una política de inmigración de EE.UU. que hace un llamado para que “el Departamento de Seguridad Nacional y el Departamento de Justicia identifiquen con rapidez y precisión los extranjeros que son arrestados por un delito”. A medida que los Estados sigan cumpliendo con esta política, los servicios de VIH dirigida a los inmigrantes se enfrentan a obstáculos. La estrategia no hace ninguna mención sobre este problema o solución alguna, ni se ocupa de los otros problemas citados como la creación de desigualdades. La estrategia reconoce que las disparidades en el tratamiento, las infecciones y muertes existen, pero no tiene en cuenta sus causas.

Los recortes presupuestarios de EE.UU. afectarán desproporcionadamente a las mismas comunidades ya afectadas por el VIH. Como resultado, las personas más vulnerables se enfrentan a realidades más duras, ya que su gobierno ha decidido que los servicios adecuados para ciertos grupos son demasiado caros. Este problema no está fuera del alcance de la Estrategia - si los EE.UU. no puede apoyar las necesidades humanas básicas, la epidemia del VIH seguirá creciendo, a pesar de los avances en los cuidados médicos.

Usando la Estrategia

Esto no significa que la Estrategia no sirva para nada o sea poco importante. Proporciona una gran oportunidad para que los activistas, que han entendido que la lucha contra el VIH es más que una serie de opciones de tratamiento. Afortunadamente, hay señales que hay un aumento sobre la concientización de otras cuestiones. Casi un año después del lanzamiento de la Estrategia, ha habido varios informes publicados por las agencias federales que aumentan las preocupaciones sobre la realidad de las disparidades de salud:

- En enero, el CDC publicó el informe de Las Disparidades y Desigualdades de Salud en los Estados Unidos - 2011, que señaló que “las continuas desigualdades sociales en curso raciales/étnicos, económicos, y otros en materia de salud”.
- En marzo, el Instituto de Medicina publicó La Salud de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales: Estableciendo las Bases para una Mejor Comprensión, que apunta a las disparidades de salud a lo largo de las líneas de orientación sexual.

- En abril, el Departamento de Salud y Servicios Humanos anunció el Plan de Acción de HHS para Reducir las Disparidades de Salud, un esquema de metas y acciones para reducir las disparidades de salud entre las minorías raciales y étnicas.

La homofobia, la transfobia, el racismo, la pobreza, etc. son temas complejos que no pueden ser adecuadamente atendidos simplemente reconociendo su existencia. Son graves fuerzas sociales que penetran nuestra sociedad de una manera profunda y fundamentalmente implican nuestro sistema jurídico y gubernamental.

Esta investigación y la información, que confirma lo que los activistas han estado diciendo por años, es un paso en la dirección correcta. La salud es política. Como activistas, debemos politizar nuestra agenda. Debemos ir más allá de palabras como “cofactores” de hacer preguntas más críticas sobre lo que ese término significa realmente. La homofobia, la transfobia, el racismo, la pobreza, etc. son temas complejos que no pueden ser adecuadamente atendidos simplemente reconociendo su existencia. Existen graves fuerzas sociales que penetran en nuestra sociedad de una manera profunda y, fundamentalmente implican nuestros sistemas ordenamiento jurídicos y gubernamentales.

Afortunadamente, la investigación continua que reconoce la existencia de desigualdades abre la puerta a esas fuerzas para entrar en la conversación, lo que lleva a una

mayor comprensión de su importancia. Es nuestro papel impulsar la conversación más a la realidad y para presionar al gobierno para abordar seriamente las consecuencias de la cofactores. Si la discriminación afecta a la transmisión del VIH y la atención, tenemos que hacerle frente a todos los niveles.

Comprender las agendas estatales y locales es vital para entender los matices de cómo la epidemia opera. Las organizaciones locales, los proveedores de servicios, las personas con VIH y los activistas deben colaborar y tomar la iniciativa en la creación de respuestas que aborden los temas locales pertinentes. La Estrategia ha abierto la puerta, pero depende de nosotros para caminar a través de ella. Mediante la creación de enfoques que reconozcan las desigualdades que impulsan la epidemia en nuestras comunidades, podemos responsabilizar al gobierno de la Estrategia, sin importar sus limitaciones.

Conclusión

Vamos a volver a la visión de la Estrategia Nacional del VIH/SIDA:

Los Estados Unidos se convertirá en un lugar donde las nuevas infecciones por el VIH son poco frecuentes y cuando si ocurren cada persona, independientemente de su edad, género, raza/origen étnico, orientación sexual, identidad de género o circunstancia socio-económica, tendrán acceso a cuidados sin restricciones de alta calidad, libres de estigma y discriminación.

La Estrategia no puede responder plenamente la cuestión de cómo hacer frente a la epidemia del VIH, ya que no entiende la naturaleza del problema, incluso en su visión. Si el gobierno se toma en serio su compromiso, se debe tener en cuenta la relación entre el VIH y otros cofactores. La enfermedad siempre es una realidad, pero el impacto desigual en las distintas comunidades se puede detener. Con base en esto, ofrezco una declaración de visión que refleje verdaderamente los problemas de la epidemia:

Los Estados Unidos se convertirá en un lugar donde la discriminación por edad, el sexismo, el racismo, la homofobia, transfobia, y la pobreza sean escasas, y las personas que se convierten en seropositivos tengan acceso sin restricciones a cuidados de alta calidad que prolongan la vida, libres de estigma y discriminación. ■

John Hellman es el Director de Activismo de la Comisión Latina sobre el SIDA.

Pronóstico Congresional: Proceder con Cautela

Después de las elecciones de 2010, estaba claro que el 112° Congreso se dirigiría en una dirección radicalmente diferente de la sesión anterior, durante el cual los demócratas tenían mayoría en ambas Cámaras. Liderando una plataforma de drásticos recortes presupuestarios y la reducción de impuestos, una nueva Cámara de Representantes fiscalmente conservadoras había sido convocada. Muchos activistas del VIH, que habían visto importantes avances para el cuidado y prevención del VIH a partir del 111° Congreso, les preocupaba que esto significaría un retroceso. Para entender nuestros problemas, debemos examinar las diferencias entre los dos Congresos, y que políticas y leyes quizá se vean afectadas.

En 2010, el 111° Congreso aprobó la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Asistencia Asequible (ACA), conocida popularmente como la reforma de salud, que promete beneficiar a las personas con VIH de varias maneras. Las aseguradoras ya no podrán negar la cobertura basándose en condiciones pre-existentes (incluyendo el VIH) o imponer topes en los beneficios. El “agujero de donut” en la cobertura de la Parte D de Medicare para recetas médicas estará cerrada, y los fondos sustanciales serán destinados a abordar las disparidades de salud por comunidad.

Varios representantes elegidos, sin embargo, están haciendo la derogación de la reforma de la salud una prioridad. La “Derogación de Matar el Acta de Cuidado de la Salud”, con el objetivo de detener la ejecución de la ACA y retirar todos los fondos, aprobados por la Cámara por el amplio margen de 245 a 189. Este asalto a una ley que ofrece un enfoque integral de la atención y prevención del VIH fue un acto simbólico, ya que los líderes del Senado no trajeron el proyecto a votación, pero es una indicación inequívoca de la feroz oposición al que ACA se enfrenta en la Cámara.

Otras iniciativas preocupantes se han introducido este año. Un proyecto de ley busca dar a los gobernadores un mayor control sobre los programas en Medicaid estatales mediante la derogación de las secciones de la ACA que exigen a los Estados mantener los requisitos actuales de elegibilidad para Medicaid hasta el año 2014. Muchas personas con VIH que dependen de Medicaid para el cuidado de su salud podrían convertirse de repente en no elegibles. Si este proyecto de ley se aprueba, ya que muchos conservadores en el Congreso desean que eso ocurra, sería un duro golpe a la atención del VIH en los EE.UU.

La educación sexual integral es otra área que se ve amenazada. Hasta hace pocos años, los programas de abstinencia de educación sexual recibió fondos federales importantes. Estos

programas enseñan a los niños para que se “guarden” para el matrimonio, la presión a tomar las promesas de virginidad, y están a la orden con la retórica antigay. Por lo general no enseñan nada sobre la protección y suelen dar información totalmente falsa. Al mismo tiempo, las tasas de infecciones de transmisión sexual fueron aumentando considerablemente entre los adolescentes en la última década.

Afortunadamente, el 111° Congreso eliminó los fondos mayores para el financiamiento de los programas de abstinencia, y las dos Cámaras aprobaron la Ley de Apropriaciones Consolidadas de 2010, que eliminó los fondos federales para la educación de sólo abstinencia. Por desgracia, como moneda de cambio para ganar el apoyo conservador, \$50 millones para la financiación de sólo abstinencia se incluyó en la reforma de salud. Con el mayor número de miembros socialmente conservadores del Congreso, esta financiación es probable que crezca.



Los Programas de Asistencia para Medicamentos del SIDA (ADAP), que ayudan a más de 200.000 personas acceder a medicamentos para el VIH, son otro motivo de preocupación. 2011 ha visto la peor escasez de programas de la historia. Los fondos estatales para ADAP en los últimos años también ha visto la más aguda baja desde que comenzó el programa. Florida estaba listo para discontinuar ADAP para el resto del año fiscal hasta que los activistas y las compañías farmacéuticas intervinieron y aseguraron que las personas podrían obtener sus medicamentos gratis a través de una organización no lucrativa. Más de 8.000 personas con VIH están en listas de espera en todo el país. Aunque las propuestas de este año, incluyen un aumento presupuestal en el financiamiento federal para el ADAP, no es lo suficiente para

mantenerse al día con la creciente demanda. Debido a que la atención del VIH y los medicamentos también forman parte de la prevención mediante la reducción de la carga viral y por lo tanto el riesgo de transmisión, esta escasez de financiación y las listas de espera como consecuencia pueden dar lugar a más infecciones de VIH.

Después de un Congreso 111 relativamente progresista y la legislación prometedora que pasaron, estamos empezando a ver un retroceso por los conservadores en el nuevo período de sesiones. Los intentos de derogar la legislación que provee a las personas VIH positivas con mayor cuidado y permite un mayor esfuerzo sólido de prevención son aterradores. Si las ganancias críticas que se han hecho para combatir el VIH no se va a perder, tenemos que dejar en claro al actual, Congreso más conservador que los estadounidenses no se comprometen en salvar vidas. ■

achieve

230 West 38th Street
17th floor
New York, NY 10018
Change Service Requested

Achieve es auspiciada en parte con fondos educativos no restringidos de:

New York State Senators
Thomas K. Duane
Liz Krueger
Daniel L. Squadron
New York State Assemblymember
Daniel J. O'Donnell
Broadway Cares/Equity Fights AIDS
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
New York City Council Speaker
Christine C. Quinn
New York City Councilmembers
Maria del Carmen Arroyo
Brad Lander
The Shelley and Donald
Rubin Foundation

NON-PROFIT ORG.
US POSTAGE
PAID
NEW YORK, NY
PERMIT NO. 4732



¿Tiene sexo?

La edad no es un condón.

Hable con su médico sobre su vida sexual.
Infórmese. Protégase. Hágase la Prueba del VIH.

NYS 800-233-SIDA NYC 800-TALK-HIV
800-233-7432 800-825-5448

SEARCH AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA www.aria.org

Proteger la Financiación de Educación Sexual!

UN LLAMADO A LA ACCIÓN

El Programa de Responsabilidad Personal de Educación (PREP) es el único programa de fondos del Estado que financia iniciativas para reducir las tasas de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, entre los jóvenes. Un poco más de \$55 millones de sus fondos a través de cinco años se utilizarán para proporcionar información basada en la evidencia sobre la abstinencia y la anticoncepción.

Sin embargo, los Republicanos de la Cámara han introducido HR 1215, un proyecto de ley que haría que la financiación de PREP ya no sea automática. Si se aprueba, el Congreso se vería obligado de proveer fondos para PREP a través del proceso de asignaciones anuales, lo que podría llevar a recortes drásticos o desfinanciamiento completo del programa.

Llame a su Representante de EE.UU. al 202-224-3121 y pregunte por un "no" voto sobre el HR 1215. El Congreso debe preservar el financiamiento automático para PREP y seguir dando a los jóvenes las herramientas que necesitan para tomar decisiones responsables sobre su salud sexual.